

Universidade de Évora

Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO ANTE EL VIH/SIDA EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE CARACAS –  
VENEZUELA

ARIANNA LAMBERTINI POGGIOLI

Orientador Doctor Eduardo Figueira

Co-orientador Doctor Joaquín T. Limonero

- Évora, junio de 2009 -

Universidade de Évora

Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva: Evolução, Conceitos e Actores

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO ANTE EL VIH/SIDA EN  
ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN LA CIUDAD DE CARACAS –  
VENEZUELA

ARIANNA LAMBERTINI POGGIOLI

Orientador Doctor Eduardo Figueira

Co-orientador Doctor Joaquín T. Limonero

- Évora, junio de 2009 -

## TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	i
Resumo	ii
Abstract	iii
1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2.1.- La epidemia que ha cambiado el mundo	5
2.2.- La epidemia de VIH/SIDA en el contexto venezolano	13
2.3.- Situación actual de las investigaciones sobre conocimientos, comportamientos de riesgo y actitudes discriminatorias ante el VIH/SIDA	19
2.3.1.- Comportamientos de riesgo	19
2.3.2.- Conocimientos sobre VIH/SIDA	24
2.3.3.- Actitudes discriminatorias ante las personas que viven con VIH/SIDA	27
2.4.- Los adolescentes como sujetos de estudio	35
2.5.- Importancia del estudio	38
3.- PROPÓSITO DEL ESTUDIO	40
3.1.- Pregunta de investigación	40
3.2.- Objetivo general	40
3.3.- Objetivos específicos	40
4.- METODOLOGÍA	42
4.1.- Delimitación general del estudio	42
4.2.- Procedimientos y calendario	43
4.3.- Grupo de estudio y muestra	45
4.4.- Definición conceptual de las variables	47
4.5.- Instrumentos	49
4.6.- Análisis de los datos	53

5.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
5.1.- Información socioeconómica	55
5.2.- Conocimientos acerca del VIH/SIDA	57
5.3.- Comportamientos de riesgo	63
5.4.- Actitudes discriminatorias	73
5.5.- Correlación y asociación entre las variables	76
6.- CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	79
7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
ANEXOS	

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2007.	9
Tabla 2. Prevalencia del VIH/SIDA por Entidades Federales – Venezuela 1982-2004.	14
Tabla 3. Calendario de procedimientos realizados.	44
Tabla 4. Resultados del análisis de fiabilidad realizado al primer instrumento utilizado en el estudio piloto.	51
Tabla 5. Resultados del análisis de fiabilidad realizado al segundo instrumento utilizado en el estudio piloto.	52
Tabla 6. Proporción de adolescentes que estudian y trabajan según estrato socioeconómico (ISDA2).	56
Tabla 7. Proporción de adolescentes que viven con sus padres, parientes o amigos (ISDA3).	56
Tabla 8. Proporción de adolescentes que manifiestan conocer o desconocer el VIH o la enfermedad llamada SIDA por género.	57
Tabla 9. Proporción de adolescentes que manifiestan conocer o desconocer el VIH o la enfermedad llamada SIDA por estrato socioeconómico.	58
Tabla 10. Proporción de adolescentes que identificaron las relaciones sexuales anales como una de las principales vías de transmisión del VIH.	58
Tabla 11. Rango de medias de importancia de las preguntas de conocimiento y significancia estadística del Test de Friedman.	59
Tabla 12. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre conocimientos y género.	60
Tabla 13. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre conocimientos y grupos de edad.	61
Tabla 14. Rangos medios de conocimientos por grupos de edad.	61
Tabla 15. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre conocimientos y estrato socioeconómico.	62
Tabla 16. Rangos medios de conocimientos por estratos socioeconómicos.	62
Tabla 17. Proporción de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas (CR4) según estrato socioeconómico.	64

Tabla 18. Proporción de adolescentes que consumen drogas (CR5) según estrato socioeconómico.	65
Tabla 19. Proporción de adolescentes que manifestaron tener relaciones sexuales coitales por género.	65
Tabla 20. Proporción de adolescentes que han tenido su primera relación sexual por grupos de edad.	66
Tabla 21. Proporción de adolescentes que usaron preservativo durante su primera relación sexual por género.	67
Tabla 22. Uso constante del preservativo durante las relaciones sexuales siguientes por género.	68
Tabla 23. Proporción de parejas sexuales en los últimos 12 meses por género.	69
Tabla 24. Rango de medias de importancia de las preguntas de comportamientos de riesgo y significancia estadística del Test de Kendall's.	69
Tabla 25. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre comportamientos de riesgo y género.	70
Tabla 26. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre comportamientos de riesgo y grupos de edad.	71
Tabla 27. Rangos medios de comportamientos de riesgo por grupos de edad.	71
Tabla 28. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre comportamientos de riesgo y estrato socioeconómico.	72
Tabla 29. Rangos medios de comportamientos de riesgo por estratos socioeconómicos.	73
Tabla 30. Proporción de adolescentes que manifestaron estar dispuestos o no a comer con una persona que saben que tiene VIH.	74
Tabla 31. Rango de medias de importancia de las preguntas de actitudes discriminatorias y significancia estadística del Test de Friedman.	74
Tabla 32. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre actitudes discriminatorias y edad.	75
Tabla 33. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre actitudes discriminatorias y género.	75
Tabla 34. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre actitudes discriminatorias y estrato socioeconómico.	76
Tabla 35. Correlación de Spearman para las variables conocimiento y actitudes discriminatorias.	77

Tabla 36. Test de Chi cuadrado para las variables CAOVIH13.3 y CR5.	78
Tabla 37. Test de Chi cuadrado para las variables CAOVIH13.6 y CR5.	78

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Personas que viven con VIH/SIDA por Entidades Federales, Venezuela, 2004.	15
Gráfico 2. Distribución de adolescentes en Venezuela según área de residencia.	16
Gráfico 3. Distribución de adolescentes en Venezuela según condición de pobreza.	17
Gráfico 4. Distribución de adolescentes VIH/SIDA por sexo.	17
Gráfico 5. Distribución de adolescentes VIH/SIDA por nivel socioeconómico.	18
Gráfico 6. Prevalencia de VIH/SIDA por preferencia sexual.	18
Gráfico 7. Prevalencia de VIH/SIDA por edad.	19
Gráfico 8. Proporción de adolescentes por grupos de edad en años cumplidos.	55

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Una visión global de la epidemia de VIH, 2007.	11
Figura 2. Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en América Latina, 2007.	13

## SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AS	Antecedentes sexuales.
CAOVIIH	Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante el VIH.
CAPEI	Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas.
CDC	Centers for Disease Control and Prevention.
CR	Comportamientos de riesgo.
CSONU	Consejo de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas.
CVC	Cuestionarios de Vigilancia del Comportamiento.
ED	Estigma y Discriminación.
FNUAP	Fondo de las Naciones Unidas para la Población.
FHI	Family Health International.
HSB	Hombre (s) que tiene (n) relaciones sexuales con Hombre (s).
HCU	Hospital Clínico Universitario.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
MSDS	Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social.
MPPPD	Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo.
MPPE	Ministerio del Poder Popular para la Educación.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
PHO	Panamerican Health Organization.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS.
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session.
UCAB	Universidad Católica Andrés Bello.
USDHHS	US Department of Health and Human Services.
UNPLUS	Grupo de Empleados de las Naciones Unidas VIH-Positivos.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
WHO	World Health Organization.

## AGRADECIMIENTOS

Al programa Erasmus Mundus de la Unión Europea quien financió mis estudios entre los años 2007 y 2009 y la realización de esta tesis. Al consorcio de universidades que integran la Maestría Erasmus Mundus PhoenixEM - Dynamics of Health and Welfare. Especialmente a la Universidade de Évora y su Departamento de Historia, a la Universitat Autònoma de Barcelona y su Departamento de Psicología de la Salud y a Linköping University con quienes tuve la oportunidad de compartir valiosos conocimientos.

A las profesoras que forman parte de la maestría en la Universidade de Évora, especialmente a la Profesora Laurinda Abreu por su incansable paciencia, por compartir sus valiosos conocimientos y sobre todo por su especial interés en mi bienestar y a las Profesoras Fátima Nunes y Filomena Barros por transmitirme el ímpetu que necesitaba.

A los profesores de la Facultad de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona. Las profesoras Annette Mülberger y Teresa Gutiérrez y principalmente a mi Co-orientador el profesor Joaquím Limonero por sus muy valiosas aportaciones a este proyecto.

A mi Orientador, el profesor Eduardo Figueira por su confianza, sus invalorable enseñanzas y en especial, por las muchas horas invertidas en la realización y culminación de este trabajo.

A los directores de los colegios que participaron en este estudio y en especial a los adolescentes por y para quienes se realizó este estudio.

A mis compañeros de maestría con quienes compartí momentos de felicidad y tristeza. A Duarte por la compañía y las noches de tertulia al son de *Les Luthiers*. Muy especialmente a Cassilda por convertirse en mi apoyo incondicional, por las muchas risas que compartimos y por encontrarse siempre en el momento oportuno para no dejar que el desánimo me venciera.

A quienes se convirtieron en mi familia en Évora, Víctor, Lili y los chipilines, por abrirme las puertas de su hogar y de sus corazones, por llenarme de alegría los días y nunca permitir que la soledad me embargara, a ustedes, familia, nunca tendré como agradecer tanto amor. A Ro y Bruno, quienes se convirtieron en mis ángeles guardianes.

A las mujeres que han hecho de mi vida la más hermosa y especial, los cuatro

pilares de mi formación humana, porque a pesar de la distancia, el ánimo, apoyo y alegría que me brindan me dieron la fortaleza necesaria para seguir adelante. A Mima por ser la abuela ideal, por enseñarme el valor de la vida, por sus sabias palabras, por ser mi compañía; a Tita por ser la más especial de las madres, por haberse preocupado en formarme dentro del más caluroso amor y, sobre todas las cosas, por estar siempre a mi lado; a Tatan por ser mi guía, por siempre tenderme su mano cuando lo he necesitado, por quererme como a una hija; y Yaya, que se que donde quiera que te encuentres estás muy orgullosa de mi.

A la persona que llegó a mi vida para enseñarme la grandeza del amor, a ti bebe, porque en tu compañía la tristeza se transforma en alegría, la distancia se torna ausente y la soledad no existe.

*"Puede ser un héroe tanto el que triunfa como el que sucumbe,  
pero jamás el que abandona el combate."*

Tomás Carlyle (1795-1891).

Historiador, crítico social y ensayista británico.

*"La ignorancia genera confianza más frecuentemente que el conocimiento,  
son aquellos que saben poco, y no esos que saben más, quienes tan  
positivamente afirman que este o aquel problema  
nunca será resuelto por la ciencia".*

Charles Darwin (1809-1882)

Naturalista inglés.

## RESUMEN

### **Estudio preliminar sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de la ciudad de Caracas – Venezuela.**

El objetivo del presente trabajo fue evaluar los conocimientos que poseen los adolescentes escolarizados de la ciudad de Caracas sobre la infección por VIH/SIDA, identificar actitudes discriminatorias y estigmatizantes hacia las personas que viven con esta infección y conocer cuales son los comportamientos de riesgo para adquirir VIH en estos adolescentes. Se realizó un estudio de caso de naturaleza exploratoria. La muestra fue constituida por 240 sujetos entre 13 y 18 años de edad. Se empleó un cuestionario confidencial, anónimo y autoadministrado. Se observaron diferencias estadísticamente significativas (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ) respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA y los comportamientos de riesgo por grupos de edad y estratos socioeconómicos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (Mann-Whitney U,  $p > 0,05$ ) en las actitudes discriminatorias por edad, género y estrato socioeconómico. Se observó una correlación significativa entre conocimientos y actitudes discriminatorias ( $\rho^+ < 0,05$ ) y una asociación significativa entre conocimientos y comportamientos de riesgo ( $X^2 < 0,05$ ).

Palabras Clave: Conocimientos, Comportamientos de riesgo, actitudes discriminatorias, VIH/SIDA, adolescentes.

## RESUMO

### **Estudo preliminar acerca de conhecimentos, atitudes e práticas sexuais de risco face ao VIH/SIDA em adolescentes escolarizados na cidade de Caracas – Venezuela.**

O objectivo deste trabalho é de avaliar os conhecimentos que possuem os adolescentes em idade e com prática escolar, na cidade de Caracas, acerca da infecção por VIH/SIDA, através da identificação de atitudes discriminatórias e estigmatizantes face a pessoas infectadas e pelo conhecimento dos seus comportamentos considerados de risco para possível contaminação. Para tal se realizou um estudo de caso de natureza exploratória, cuja amostra se constitui por 240 pessoas de idades compreendidas entre os 13 e 18 anos. Tendo sido empregue um questionário confidencial, anónimo e autoadministrado. Da sua aplicação se observaram diferenças estatísticas significativas no que respeita aos conhecimentos acerca da doença e dos seus comportamentos de risco, por idade e por extracto socioeconómico (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ), não se observaram diferentes estadísticas significativas no que respeita a atitudes discriminatórias por idade, género e extracto socioeconómico (Mann-Whitney U,  $p > 0,05$ ). Observou-se também uma correlação significativa entre conhecimentos e atitudes discriminatórias ( $\rho^+ < 0,05$ ), assim como uma associação significativa entre conhecimentos e comportamentos de risco ( $X^2 < 0,05$ ).

Palavras Chave: Conhecimentos, Comportamentos de risco, atitudes discriminatórias, VIH/SIDA, adolescentes.

## ABSTRACT

### **Preliminary Study on the Knowledge, Attitudes and At Risk Sexual Practices of HIV/AIDS in Schooling Adolescents in the City of Caracas – Venezuela.**

The objective of this study was to evaluate the knowledge of schooling adolescents in the city of Caracas on the infection by HIV/AIDS, to identify discriminatory and stigmatized attitudes towards the persons who live with this infection and to know which the at risk behaviors to contract HIV in these adolescents are. An exploratory case study was carried out. The sample was conformed by 240 subjects of 13 to 18 years old. An anonymous, confidential and self-administered questionnaire was used. Statistically significant differences were observed (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ) in relation to the knowledge about HIV/AIDS and the at risk behaviors by age group and socioeconomic status. No statistically significant differences were observed (Mann-Whitney U,  $p > 0,05$ ) in the discriminatory attitudes by age, gender and socioeconomic status. A significant correlation was found between the knowledge and the discriminatory attitudes ( $\rho^+ < 0,05$ ) and a significant association between the knowledge and the at risk behaviors ( $X^2 < 0,05$ ) was also found.

Keywords: Knowledge, At risk behaviors, Discriminatory attitudes, HIV/AIDS, Adolescents.

## 1.- INTRODUCCIÓN

La posibilidad de investigar fenómenos que muchas veces se transforman en grandes problemas sociales, sea simplemente para identificarlos e interpretarlos o para comprender como los grupos, las culturas o las sociedades se apropian de ellos y establecen formas de conductas, parece ser el elemento motivador del creciente interés de las investigaciones en el campo de la sociología y de la salud.

En relación al fenómeno del SIDA, por su impacto a nivel personal, profesional, social, cultural y económico, se observa una demanda creciente de investigaciones encaminadas a los aspectos relacionados con la estructura del virus, las formas de controlarlo, las medidas terapéuticas y asistenciales y las formas de prevenirlo, como también hacia los aspectos relacionados con los comportamientos de individuos o grupos en relación con el entendimiento y el enfrentamiento de este fenómeno. Estos comportamientos tienen, en la mayoría de los casos, una estrecha relación con los conocimientos, las creencias, las actitudes y los valores dentro de un contexto histórico y social.

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que se extendió a principio de la década de los ochenta, ha vuelto a poner en primer plano la intrincada relación existente entre la conducta del individuo y el desarrollo de una enfermedad.

Paralelamente, en los últimos años, el desarrollo de esta epidemia ha creado una nueva perspectiva en la forma de entender la salud y la enfermedad, basadas en las aportaciones de las ciencias sociales y de la educación, lo cual ha permitido que se ponga en práctica una perspectiva integradora, tratando de incorporar las dimensiones psicológicas, educativas y sociales que pueden ser relevantes para la explicación de esta enfermedad, su evolución, su prevención, su diagnóstico y su pronóstico.

De igual forma, la epidemia de VIH/SIDA ha elevado la conciencia mundial sobre las disparidades en materia de sanidad y ha disparado una acción importante para enfrentar algunos de los más graves obstáculos en el desarrollo mundial.

Aunque es una entidad biológica sensible a las intervenciones médicas, la epidemia continua su expansión. Una posible explicación a este fenómeno es que las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad de las personas ante este virus, no han sido resueltas.

Actualmente, el VIH y el SIDA, asociado a esta infección, se ha constituido en uno de los problemas más graves de salud pública en los países desarrollados, complicándose aún más cuando está asociado con otros problemas de salud tanto en países en desarrollo como en países subdesarrollados. En este sentido, el VIH/SIDA adquiere un carácter especial por tratarse de una entidad nosológica con un alto índice de letalidad y por revelar un predominio especial por la faja etárea más productiva de la vida humana.

Desde que se diagnosticaron los primeros casos de VIH/SIDA en el mundo, se han unido esfuerzos para desarrollar tecnologías que permitan, no solo el diagnóstico precoz sino también el tratamiento antirretroviral gratuito.

La medicina es una de las disciplinas que ha tenido mayores avances en el abordaje de la infección por el VIH, con el desarrollo de nuevos tratamientos y de nuevas formulas terapéuticas que pretenden mejorar la calidad y cantidad de vida de las personas que viven con VIH. Sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes y, a través de la historia epidemiológica de esta enfermedad se ha hecho énfasis en diferentes estrategias de intervención sobre el VIH con fines preventivos.

El incremento de conductas de riesgo, principalmente relacionadas con el consumo de alcohol y drogas y las relaciones sexuales sin protección, se han visto influenciadas por problemáticas sociales como el abuso y la explotación sexual de menores y el intercambio sexual por dinero para cubrir las necesidades básicas.

En los países latinoamericanos se han generado cambios importantes a nivel sociopolítico que han beneficiado a ciertos grupos poblacionales, pero, a pesar de la disminución del analfabetismo y de las mejoras en la atención a la salud, aún las condiciones no son las óptimas. Estos factores contribuyen, en alguna medida, a que el principal objetivo de intervención no sea la población joven y la prevención. De igual forma, existen pocos estudios sobre la población adolescente venezolana que permitan aproximarse a su realidad.

Una de las principales razones por las cuales se estudia el fenómeno del SIDA en los adolescentes es porque, a nivel mundial, es la generación de jóvenes más grande de la historia, y se encuentran concentrados principalmente en los países en desarrollo. De igual forma, la relevancia es, que en la adolescencia se inician o instauran las conductas de salud y las habilidades para la vida que pueden ser diagnosticadas, intervenidas y modificadas a tiempo para el bienestar del adolescente y el bienestar social.

Mediante el presente trabajo se pretenden estudiar los conocimientos que tienen los adolescentes venezolanos acerca de la infección por el VIH/SIDA y relacionarlos con los comportamientos de riesgo y las actitudes discriminatorias y estigmatizantes.

En la primera parte, planteamiento del problema, se realiza una breve descripción epidemiológica de la infección a nivel mundial y con mayor detalle en Latinoamérica y Venezuela. Se describe el contexto bajo el cual se va a realizar la investigación: los comportamientos de riesgo como son, el inicio temprano de la actividad sexual coital, el consumo de alcohol y drogas, el uso del preservativo y el número de parejas sexuales; los conocimientos sobre VIH/SIDA y las actitudes discriminatorias y estigmatizantes ante las personas que viven con esta infección; de igual forma se describe el problema y los sujetos de estudio, específicamente los adolescentes.

La segunda parte contiene el propósito del estudio, en este apartado se describe el propósito del estudio, más específicamente el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, las variables a utilizar y la pregunta de investigación.

En el apartado siguiente se describe la metodología utilizada. En primer lugar se hace una delimitación general del estudio, donde se especifica cómo se obtuvieron los datos iniciales para llegar a la población que se estudió. Asimismo se describen los procedimientos realizados y se anexa el calendario de las actividades. Se describe el grupo de estudio y los procedimientos estadísticos utilizados para establecer el tamaño de la muestra. Finalmente, se hace la definición conceptual de las variables, se describe el instrumento utilizado y cómo se realizó el análisis de los datos obtenidos.

En los últimos apartados se describen y analizan los resultados, se realiza la discusión de los resultados y se plantean las consideraciones finales.

Esta investigación se considera una etapa inicial para lograr no sólo la caracterización de la población objeto sino también conocer los factores de riesgo frente al VIH, los conocimientos y las actitudes discriminatorias, con el fin de diseñar un programa de intervención acorde a las necesidades encontradas y a los aspectos fundamentales en la prevención de la infección por el VIH en la población adolescente.

La muestra está conformada por adolescentes entre 13 y 18 años de edad, que están vinculados a las instituciones educativas tanto públicas como privadas del Municipio Libertador de la ciudad de Caracas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la evaluación del nivel de conocimiento, los comportamientos de riesgo y las actitudes son fundamentales para la comprensión de la infección por el VIH en los adolescentes.

## **2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1.- LA EPIDEMIA QUE HA CAMBIADO EL MUNDO.**

La *epidemiología*<sup>1</sup>, a groso modo, tiene como objeto de estudio la distribución y los determinantes de las enfermedades en la población. Si bien en las primeras décadas del siglo XX se hallaba orientada al estudio de las epidemias, en la actualidad sus métodos y principios se aplican a todo tipo de enfermedades y condiciones de salud (Anderson & May, 1991).

En el estudio de las enfermedades infecciosas, la epidemiología es utilizada para estudiar la evolución de la morbilidad y la mortalidad, los grupos afectados, los cambios demográficos, sus ciclos y tendencias y, además, permite diseñar estrategias para su control y erradicación (Anderson & May, 1991).

Las enfermedades infecciosas, en conjunto, representan el 25% del total de las defunciones y son la segunda causa de muerte a nivel mundial. Son la primera causa de muerte en la infancia y la juventud y la principal responsable de la pérdida de años de vida por incapacidad (World Health Organization [WHO], 2007).

La enorme magnitud de la patología infecciosa en muchas partes del mundo, contrasta con el fuerte declive de las mismas a inicio del siglo pasado, relacionado con las mejoras introducidas en la higiene y la nutrición y, con la visión optimista adoptada a mediados de este siglo, tras el advenimiento de los antibióticos y el inicio de los grandes programas de vacunación, con lo cual se pensó que muy pronto se podría dar por cerrado el capítulo de las enfermedades infecciosas (Halloran, 2001).

Sin embargo, la continua emergencia de nuevos agentes, la reemergencia de algunas infecciones como la tuberculosis, la difteria, el paludismo o el dengue, que en muchos países se daban por controladas, el establecimiento de nuevas formas de transmisión, la aparición de la resistencia microbiana a los antibióticos y la implicación de algunos agentes en determinadas enfermedades crónicas, indican que

---

<sup>1</sup> Para Ahlbom, Alfredsson & Bennet (2007), la epidemiología es la disciplina que estudia la aparición de enfermedades en la población y consiste en el estudio de la frecuencia de la enfermedad y en el de su relación con la frecuencia de determinadas características de los individuos o con la exposición a factores ambientales o condiciones de vida.

las enfermedades infecciosas seguirán siendo un capítulo muy destacado en la medicina del siglo XXI (Halloran, 2001).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es hoy una seria emergencia sanitaria mundial que afecta a todas las regiones del mundo, causa millones de defunciones anuales y pone de manifiesto el sufrimiento de muchos millones de personas.

Una prueba de ello es que en enero del año 2000, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, cuya principal función es mantener la paz a nivel mundial, debatió por primera vez la “salud” como asunto de seguridad internacional y se adoptaron varias resoluciones a ese respecto, ya que consideró que el SIDA era un elemento importante de riesgo para la seguridad (Actas Literales del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas [CSONU], 2000)<sup>2</sup>. De igual manera en el año 2001, en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, se aprobó, por mayoría absoluta, la declaración de un compromiso de lucha contra esa enfermedad (CSONU, 2001)<sup>3</sup>. Esto hace evidente que el SIDA ha superado el ámbito sanitario para convertirse en el problema social más importante del siglo XXI.

El VIH ha reducido la expectativa de vida de las personas en más de 20 años en los países más afectados, de igual forma ha disminuido el crecimiento económico y

---

<sup>2</sup> El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en fecha 17 de julio de 2000 realiza una sesión especial con la finalidad de enfatizar la preocupación de sus miembros por el alcance de la epidemia de VIH/SIDA a nivel mundial y por la crisis de África, en particular. En este documento se destaca, entre otras cosas, el importante papel que tiene la Asamblea General y el Consejo Económico y Social en la lucha contra el VIH/SIDA y reconoce que la propagación de esta enfermedad tiene un efecto singularmente devastador en todos los sectores y niveles de la sociedad, y a partir de esto decide incluir en el programa de su quincuagésimo cuarto período de sesiones un tema adicional, de carácter urgente e importante, que titularon “Examen del problema del VIH/SIDA en todos sus aspectos”, que alienta la adopción de nuevas medidas para abordar el problema del VIH/SIDA.

<sup>3</sup> El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en fecha 27 de junio de 2001, en su 4339<sup>a</sup> sesión, declara que está complacido con el éxito alcanzado en la celebración del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General en relación al VIH/SIDA y así mismo, alienta a que se continúen adoptando las medidas necesarias para combatir el problema de esta enfermedad. Reconoce que la pandemia del VIH/SIDA se ve también exacerbada por las condiciones de violencia e inestabilidad y recalca que si ésta pandemia no es controlada, puede plantear un riesgo a la estabilidad y la seguridad mundial, y estableció plazos concretos para reducir el efecto de los conflictos y los desastres en la propagación de la enfermedad.

ha profundizado los niveles de pobreza de los hogares en todo el mundo (Joint United Nations Programme in HIV/SIDA [UNAIDS], 2008a).

Se evidencia un aumento directamente proporcional entre los casos de VIH/SIDA en la población femenina y en niños y jóvenes, este hecho es de especial importancia por su impacto en factores del desarrollo humano y sanitario como la disminución de la expectativa de vida al nacer, la mortalidad infantil o del lactante, la mortalidad del menor de 5 años, años potenciales de vida perdidos y años de discapacidad, sin contar otra gama de indicadores como familias ampliadas, disminución de la fuerza laboral, abandono escolar, pobreza, índice de dependencia, ocupación hospitalaria y gastos de atención médica, entre otros (Echezuría, Panal & Paredes, 2001).

La definición de la epidemia de VIH/SIDA según los casos es descrita por Echezuría et al (2001) de la siguiente forma:

*Epidemia concentrada:* propagación del VIH/SIDA en un país donde están infectados 5% o más de los individuos pertenecientes a grupos con comportamientos de alto riesgo, pero menos del 5% de las mujeres que acuden a clínicas urbanas de atención prenatal.

*Epidemia generalizada:* propagación del VIH/SIDA en un país donde están infectadas 5% o más de las mujeres que acuden a clínicas urbanas de atención prenatal, también es probable que, en países con una epidemia generalizada, las tasas de infección en personas pertenecientes a grupos con comportamientos de alto riesgo excedan de 5%.

*Epidemia incipiente:* propagación del VIH/SIDA en un país donde están infectados menos del 5% de los individuos pertenecientes a grupos con comportamientos de alto riesgo.

Un problema adicional resulta cuando la enfermedad está asociada a tuberculosis pulmonar y virus del papiloma humano (VPH), transformándose de esta forma en una enfermedad reemergente, todo esto sin contar los estragos que resultan al combinarse con la pobreza y la desnutrición (Echezuría et al, 2001).

En África subsahariana, la epidemia ha dejado huérfanos<sup>4</sup> a casi 12 millones de niños menores de 18 años, sesgando drásticamente la distribución etaria natural de muchas de sus poblaciones y planteando peligrosas consecuencias para la transferencia del conocimiento y valores de una generación a la siguiente (UNAIDS,2008a).

El VIH ha generado una pérdida de la productividad mayor que cualquier otra enfermedad conocida y, para UNAIDS (2008a), probablemente empuje a aproximadamente 6 millones de hogares a la pobreza para el año 2015 si no se intensifican las respuestas nacionales contra este flagelo.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2005) destaca, en su documento “*Human Development Report*” que el VIH ha infligido el “mayor revés individual en el desarrollo humano” de la historia moderna<sup>5</sup>.

Sin embargo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS por sus siglas en inglés “Joint United Nations Programme in HIV/AIDS”), en su último informe editado en el año 2008, destaca que el porcentaje de personas que viven con VIH se ha estabilizado desde el año 2000<sup>6</sup>. En el año 2007, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2

---

<sup>4</sup> Contrario al uso tradicional, UNAIDS usa la palabra “huérfano” para describir a un niño que ha perdido a uno de sus padres o a ambos. De la misma forma, la organización usa las frases “huérfano materno”, “huérfano paterno” o “huérfano doble” para describir a un niño que ha perdido la madre, el padre o a ambos padres respectivamente.

<sup>5</sup> Con el fin de ayudar a los países a mitigar el impacto del HIV/SIDA sobre el desarrollo humano, el PNUD promueve respuestas multi-sectoriales que integran el VIH/SIDA en los planes de desarrollo nacional, programas sectoriales y planes descentralizados. En conjunto con el Banco Mundial, el PNUD provee asistencia técnica para ayudar a los países a integrar el VIH/SIDA en sus estrategias nacionales de reducción de pobreza y en sus modalidades de implementación. Además, el PNUD apoya la generación del comercio y la legislación en materia de salud y propiedad intelectual en los países, para que tengan acceso sostenible a medicamentos para el VIH/SIDA de calidad a bajos costos.

<sup>6</sup> El *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008*, confirma que, finalmente, el mundo está realizando cierto progreso real en su respuesta al sida. Enfatiza que los gobiernos están actuando conforme a las promesas que han hecho en la Reunión de Alto Nivel sobre VIH y Sida de las Naciones Unidas, para ampliar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para el año 2010. En este informe se destaca que en el año 2008, un pequeño número de países ya proporcionan acceso universal al tratamiento antirretrovírico y a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y que otros ya se encuentran en camino de lograrlo. Es por estas razones que UNAIDS refiere que cada vez en más países los niveles de infección por el VIH están en descenso (Prologo del informe, escrito por el Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo de UNAIDS y Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas).

millones de fallecimientos relacionados con el SIDA. Sin embargo, el VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados (UNAIDS, 2008a).

Los datos epidemiológicos más recientes son portadores de algunas buenas noticias. En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH se encuentra en disminución. También ha disminuido la tasa de fallecimientos por SIDA, en parte como resultado del éxito alcanzado en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovirales en lugares de recursos limitados. Aún así, estas tendencias favorables no se manifiestan de manera uniforme ni dentro de las regiones ni entre ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces (UNAIDS, 2008a).

A escala mundial, los niveles de nuevas infecciones por VIH y de fallecimientos por SIDA siguen siendo inaceptablemente altos (Tabla 1). Se estima que en todo el mundo aproximadamente, 33,2 millones de personas vivían con el VIH en el 2007. El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones en el 2001 a 2,5 millones en el 2007. El número total de personas que viven con VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el SIDA (UNAIDS, 2008a).

TABLA 1. Resumen Mundial de la Epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2007.

(Fuente: UNAIDS, 2008a).

<b>Personas que vivían con el VIH en 2007</b>	
<b>Total</b>	<b>33,2 millones [30,6–36,1 millones]</b>
Adultos	30,8 millones [28,2–33,6 millones]
Mujeres	15,4 millones [13,9–16,6 millones]
Menores de 15 años	2,5 millones [2,2–2,6 millones]
<b>Nuevas infecciones por el VIH en 2007</b>	
<b>Total</b>	<b>2,5 millones [1,8–4,1 millones]</b>
Adultos	2,1 millones [1,4–3,6 millones]
Menores de 15 años	420 000 [350 000–540 000]

Además de todo lo señalado anteriormente, UNAIDS (2008a) hace énfasis en que las mujeres representan la mitad de las personas que viven con VIH en todo el mundo y que más del 60% de las infecciones por el VIH se encuentran en África Subsahariana y que los jóvenes entre 15 y 24 años<sup>7</sup> representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en el mundo.

En África subsahariana, el coito heterosexual continúa siendo la fuerza impulsadora de la epidemia. La elevada tasa de transmisión sexual también ha generado la mayor población mundial de niños que viven con VIH. Sin embargo, UNAIDS (2008a) señala que los datos epidemiológicos más recientes han revelado que la epidemia en esta región es más heterogénea de lo que se había pensado.

La diversidad en las vías de transmisión del VIH en Asia hacen que sea una de las epidemias más heterogéneas. El uso de drogas inyectables, constituye un factor de riesgo importante en las epidemias de varios países asiáticos, estimándose que apenas menos de la mitad de las personas que vivían con VIH en China en el 2006 se infectaron por utilizar equipos de inyección contaminados. Si bien las relaciones sexuales remuneradas en la región ahora son menos peligrosas, los cónyuges y parejas habituales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales remuneradas actualmente representan un porcentaje creciente de nuevas infecciones (UNAIDS, 2008a).

En Europa Oriental y Asia central, las principales vías de transmisión se concentran, en gran parte, en usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y sus diversas parejas sexuales<sup>8</sup>. Además, cabe destacar que la superposición del comercio sexual y el uso de drogas inyectables tienen un papel destacado en la epidemia de esta región. La proporción de mujeres infectadas con el VIH está en aumento a medida que las epidemias de la región evolucionan. A este respecto, UNAIDS (2008a) refiere que, la mayoría de estas mujeres probablemente contrajeron la infección durante relaciones sexuales con parejas infectadas por el uso de equipos contaminados de inyección de drogas.

---

<sup>7</sup> La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1985) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, paralelamente clasifica bajo el concepto de juventud el periodo que comprende entre los 15 y 24 años y finalmente concibe como gente joven a quienes tienen entre 10 y 24 años de edad.

<sup>8</sup> Los casos de VIH documentados oficialmente representan sólo a aquellas personas que han estado en contacto directo con el sistema de notificación del VIH del país (UNAIDS, 2008a).

Los sistemas de vigilancia del VIH utilizados en varios países del Caribe son aún inadecuados, pero la información disponible indica que, la mayoría de las epidemias de la región parecen haberse estabilizado en los últimos años. La principal vía de transmisión del VIH en el Caribe es el coito heterosexual sin protección (UNAIDS, 2008a).

En América del Norte, las cifras anuales de nuevos diagnósticos de VIH han permanecido relativamente estables en los últimos años, pero el acceso al tratamiento antirretrovírico ha generado un aumento en el número estimado de personas que viven con VIH (UNAIDS, 2008a).

En Europa occidental, los nuevos diagnósticos están en aumento, de igual forma ocurre con el número total de personas que viven con VIH. En los países de altos ingresos<sup>9</sup>, se manifiestan epidemias heterogéneas, sin embargo, sus perfiles epidemiológicos se han diversificado a medida que la epidemia ha evolucionado. Las relaciones sexuales sin protección entre hombres sigue siendo la principal vía de transmisión del VIH en estas regiones (UNAIDS, 2008a).

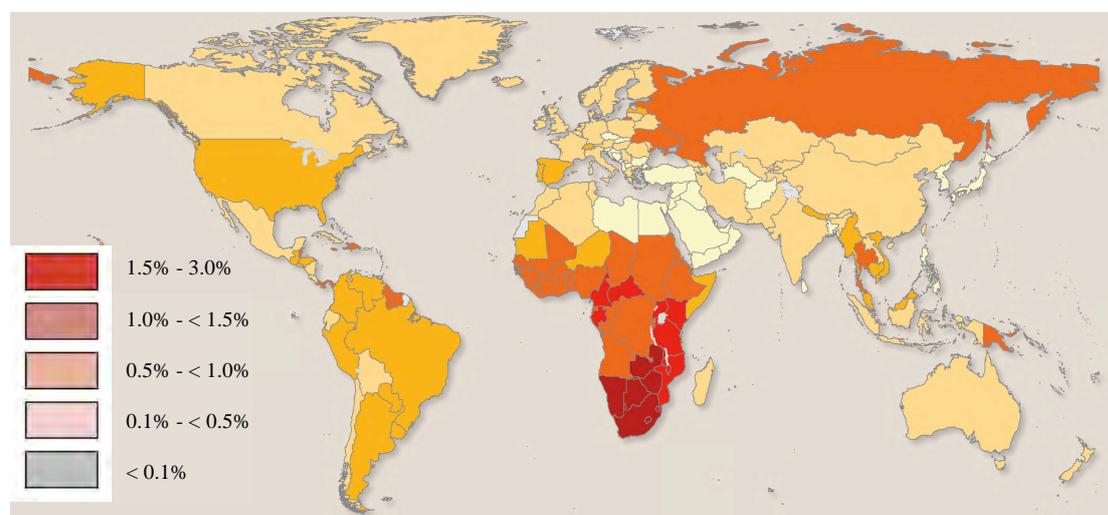


Figura 1. Una visión global de la epidemia de VIH, 2007. (Fuente: UNAIDS, 2008a).

La información sobre el VIH disponible para el Oriente Medio y África del Norte es limitada. Sin embargo, se conoce que son diversas las combinaciones de

<sup>9</sup> Para fines operativos y analíticos el Banco Mundial, aporta un criterio de clasificación de las economías basadas en el Ingreso Nacional Bruto (INB). En base a este criterio, cada economía se clasifica como de ingreso bajo (US\$ 905 o menos), ingreso mediano (entre US\$ 906 y US\$ 11.115) o ingreso alto (11.116 o más).

factores de riesgo que se asocian con la epidemia en esta región, entre las más importantes se encuentran, las relaciones sexuales sin protección y el uso de equipos contaminados de inyección de drogas. En Sudán, que presenta la epidemia más extensa de la región, el coito heterosexual sin protección es el factor principal de propagación de la infección. Aunque enfrentan el rechazo social y la censura oficial en toda la región, las relaciones sexuales sin protección entre hombres es, probablemente, un factor importante en varias de las epidemias (UNAIDS, 2008a).

El coito heterosexual sin protección es la vía principal de transmisión del VIH en Oceanía, y las relaciones sexuales remuneradas sin protección, en particular, parece ser un factor clave (UNAIDS, 2008a).

El avance de la epidemia en América Latina cuenta con factores importantes que contribuyen a la propagación del virus. Entre los más importantes se encuentran, en primer lugar, los factores sociales, donde se incluye la pobreza, la actividad sexual precoz entre los jóvenes y las relaciones de desigualdad entre los géneros, agravada por la dependencia económica de la mujer y la falta de oportunidades para negociar y practicar relaciones sexuales seguras. Y en segundo lugar, la inestabilidad política y económica, que tiene como resultado el empobrecimiento de las personas, el cual se convierte en el hilo conductor a la migración y movilidad de las poblaciones, lo que deriva en la separación de las familias y el establecimiento de nuevas relaciones que facilitan la propagación del virus (Jackson, 2007).

En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH, en el 2007, fue de 140.000 [80.000-190.000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 1,7 millones [1,5 millones-2,1 millones]. De ellos, 740.000 son jóvenes entre los 15 y los 24 años. Se estiman casi 6.000 infecciones diarias, convirtiéndose en una enfermedad de los jóvenes en esta región. Según las estimaciones, aproximadamente 63.000 [49.000-98.000] personas fallecieron a causa del SIDA el pasado año (UNAIDS, 2008a).

Los niveles de infección por el VIH en América Latina apenas han variado durante la última década. La transmisión del VIH en esta región se da principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), profesionales del sexo y, en menor medida, entre usuarios de drogas inyectables. Además de esto, entre un cuarto y un tercio de los HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres y, entre el 30% y el 40% de esos hombres manifestaron que habían tenido relaciones

sexuales sin protección tanto con hombres como con mujeres durante el mes anterior (UNAIDS, 2008a).

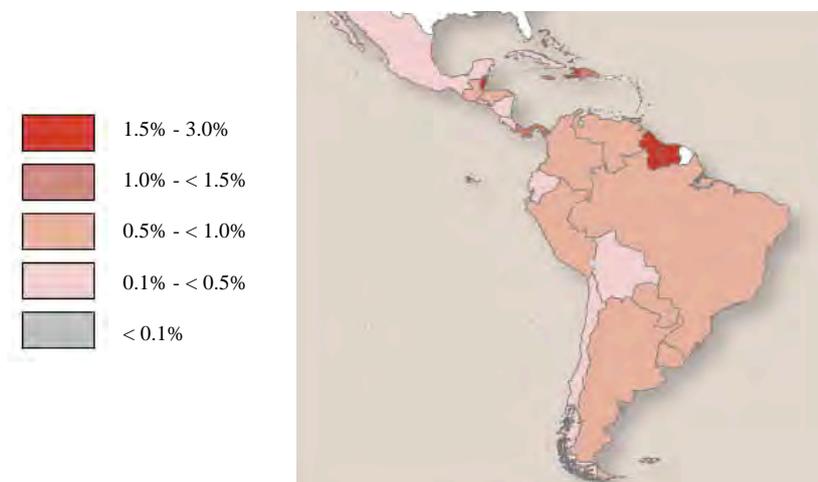


Figura 2. Prevalencia del VIH (%) en adultos (15-49 años) en América Latina, 2007.  
(Fuente: UNAIDS, 2008a).

En América del Sur, los niveles de infección por el VIH entre mujeres profesionales del sexo tienden a ser mucho más bajos que los registrados entre HSH. La transmisión del VIH como resultado del uso de drogas inyectables aún sigue siendo importante en varias epidemias de América del Sur. A nivel regional, esta vía parece ser responsable de un número menor de nuevas infecciones que el registrado anteriormente. Se reportan cifras cada vez mayores de mujeres infectadas por el VIH, se cree que las relaciones sexuales sin protección (en su mayoría heterosexuales) contribuyen con, alrededor, de los dos tercios de los nuevos casos de VIH notificados. La mayoría de las mujeres se infectan a través de sus parejas sexuales masculinas, que habían contraído el VIH durante relaciones sexuales sin protección con otro hombre o por el uso de equipos de inyección de drogas contaminados (UNAIDS, 2008a).

## 2.2.- LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL CONTEXTO VENEZOLANO.

Pocas fuentes proveen información acerca del VIH/SIDA en Venezuela, para el año 2004 se notificó que la estimación promedio de personas que vivían con VIH fue de 49.619 [45.210-59.350]. Se estimaron 8.710 [6.510-12.450] nuevos casos de VIH y 7.930 [5.930-11.410] muertes por SIDA. El número de hombres infectados fue

de 20.150 [19.480-21.070], mientras que las mujeres infectadas representaban 13.200 [11.720-15.290] (Tabla 2). Puede determinarse que la principal vía de transmisión del virus en Venezuela es la sexual (Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social [MSDS], 2005).

Tabla 2. Prevalencia del VIH/SIDA por Entidades Federales – Venezuela 1982-2004. Tasas por 100.000 habitantes. (Fuente: Programa Nacional de SIDA/ITS. Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social).

Entidad	PVVIH	Tasas
Amazonas	53	55,59
Anzoátegui	1264	120,66
Apure	444	131,17
Aragua	2220	170,76
Barinas	484	93,58
Bolívar	2520	231,03
Carabobo	2592	152,69
Cojedes	77	35,61
Delta Amacuro	33	31,71
Distrito Federal	20105	999,00
Vargas	370	120,20
Falcón	524	75,89
Guárico	304	53,86
Lara	854	61,77
Mérida	701	107,24
Miranda	1931	88,62
Monagas	909	156,52
Nva. Esparta	660	207,89
Portuguesa	615	192,86
Sucre	603	79,25
Táchira	1088	119,24
Trujillo	607	108,31
Yaracuy	333	74,95
Zulia	10338	385,21
<b>Totales</b>	<b>49629</b>	

Se destaca que aunque la aparición inicial de los casos de VIH/SIDA en el país fue en los HSH, la incidencia de la transmisión heterosexual ha aumentado año tras año (MSDS, 2005).

A finales del año 2005, el VIH/SIDA fue declarado como un problema prioritario de salud pública y fue incorporado al plan de desarrollo general de la nación, considerándolo parte importante en las estrategias para la reducción de la pobreza (UN General Assembly Special Session [UNGASS], 2006).

De igual forma, en relación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, ese mismo año, se elaboraron nuevas normas para los reportes, donde se incluyen instrumentos validados. Así mismo, se estableció un flujograma entre el Programa

Nacional de SIDA y las coordinaciones regionales, con la finalidad de mejorar la fluidez de la información (UNGASS, 2006).

En relación con lo antes mencionado, UNGASS (2006) reporta que, como resultado de todos esos esfuerzos, el sistema de vigilancia epidemiológica de Venezuela reportó, para finales del 2005, un total de 153.465 personas que viven con VIH a nivel nacional.

A este respecto Dávila, Tagliaferro, Bullones & Daza (2008) señalan que, del total nacional de personas que viven con VIH, 448 casos registrados pertenecen a niños y adolescentes.

La capital de Venezuela (Distrito Capital), es la entidad donde se ha reportado el mayor número de casos de VIH/SIDA, registrándose, 20.105 casos en el año 2004 (Gráfico 1), además de presentar el mayor número de defunciones, 2.027 personas (MSDS, 2005).

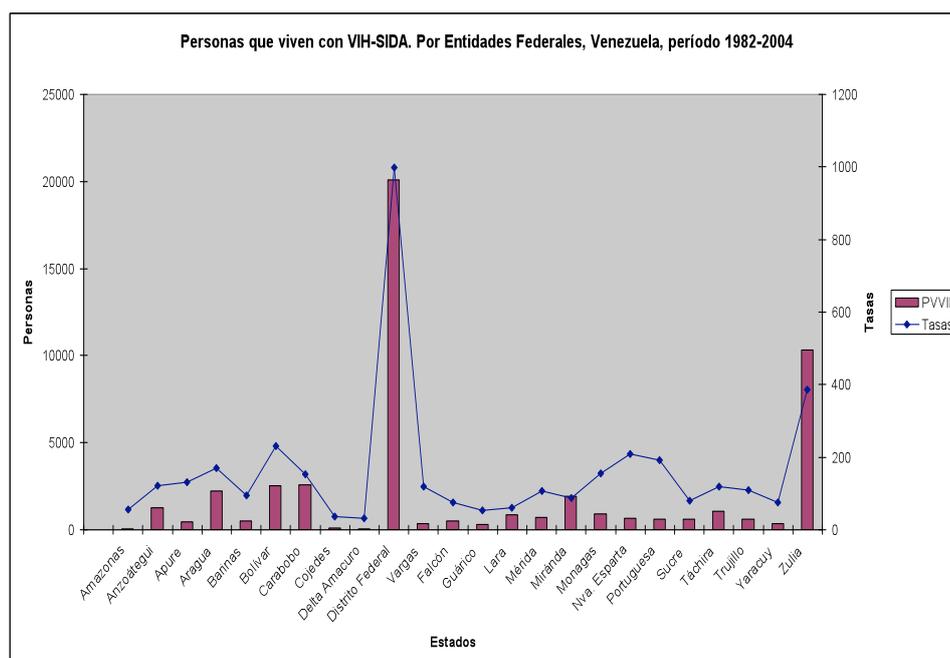


Gráfico 1. Personas que viven con VIH/SIDA por Entidades Federales, Venezuela, 2004. (Fuente: Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social. Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Venezuela).

Con la finalidad de contextualizar la epidemia de VIH/SIDA en la ciudad de Caracas, se realizó una revisión de la literatura para establecer un estimado de la cantidad de adolescentes residentes en Venezuela y enmarcar su distribución según área de residencia y condición de pobreza, estos datos fueron tomados del Instituto de

Investigaciones Económicas y Sociales (IIES) de la Universidad Católica Andrés Bello de la ciudad de Caracas.

Para determinar la situación de los adolescentes VIH/SIDA del Municipio Libertador de la ciudad de Caracas se escogió el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Caracas, el cual recibe la mayor población de personas que viven con VIH/SIDA en la capital de Venezuela.

Se realizó la revisión de las historias clínicas de 2.000 nuevos pacientes del año 2007 para extraer de ellas los 473 nuevos adolescentes VIH/SIDA con edades comprendidas entre 15 y 24 años y establecer distribución por sexo, nivel socioeconómico, preferencia sexual y edades mas afectadas.

Existe un total de 1.157.721 adolescentes entre 15 y 24 años en Venezuela, de este total se conoció que el 53% viven en las principales ciudades del país, el 33% viven en la capital – Caracas y solo el 14% vive en el resto del país (Gráfico 2).

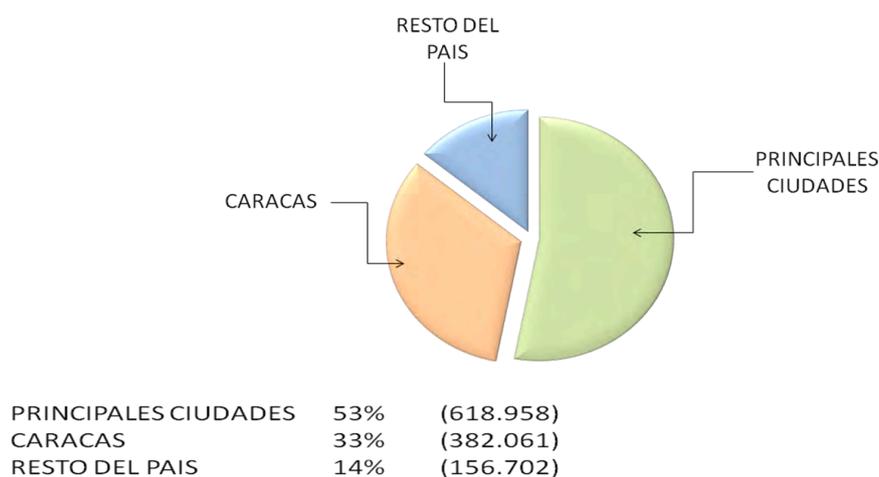


Gráfico 2. Distribución de adolescentes en Venezuela según área de residencia.

Fuente: Freitas, A.; Di Brienza, M. & Zuñiga, G. (ENPOFAM'98). UCAB – FNUAP.

Del total de adolescentes Venezolanos, el 60% viven en condición de pobreza y el 40% se establecieron como “no pobres”. Lo cual indica que 6 de cada 10 adolescentes pertenecen a algún hogar en condición de pobreza. También se conoció que la incidencia de pobreza entre los adolescentes es mas elevada en las regiones del interior del país (Gráfico 3).

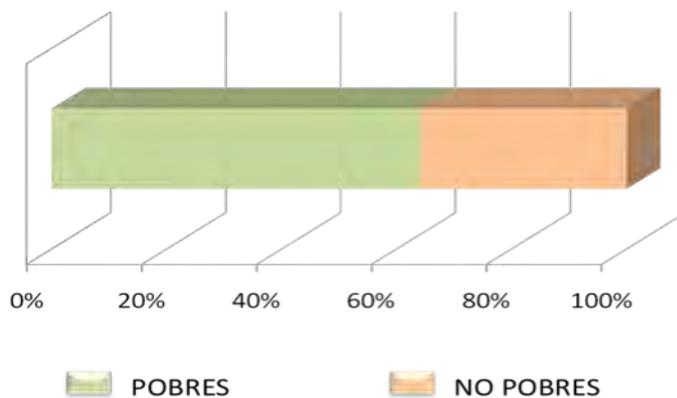


Gráfico 3. Distribución de adolescentes en Venezuela según condición de pobreza. Fuente: Freitas, A.; Di Brienza, M. & Zuñiga, G. (*ENPOFAM'98*). UCAB – FNUAP.

En la revisión de las 473 historias clínicas de los pacientes adolescentes que asisten al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de Caracas se determinó que el 58,5% pertenecen al sexo femenino y 41,5% al sexo masculino (Gráfico 4).

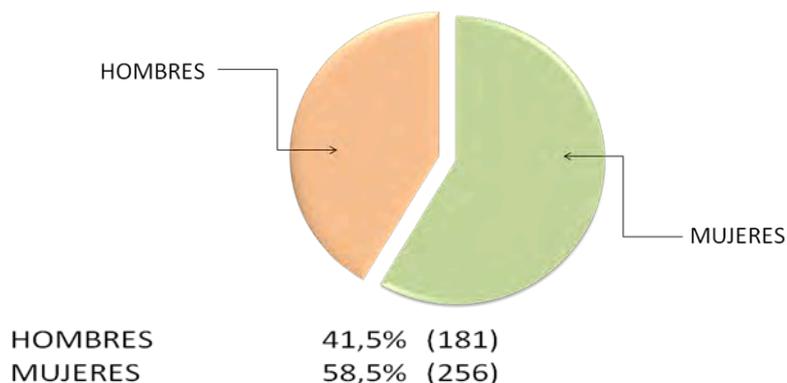


Gráfico 4. Distribución de adolescentes VIH/SIDA por sexo. Fuente: Servicio de Enfermedades Infecciosas, HCU, Caracas. 2007.

El 74,5% de los adolescentes VIH/SIDA que asisten al referido Servicio presentan un nivel socioeconómico bajo, 23,5% un nivel socioeconómico medio y 2,0% alto (Gráfico 5).

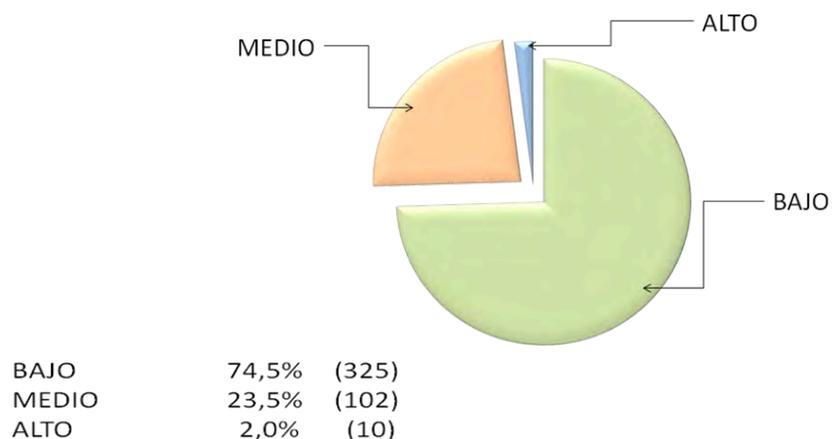


Gráfico 5. Distribución de adolescentes VIH/SIDA por nivel socioeconómico. Fuente: Servicio de Enfermedades Infecciosas, HCU, Caracas. 2007.

Aunque el presente trabajo no se enfoca en la preferencia sexual de los pacientes VIH/SIDA, estos datos fueron extraídos para verificar si la tendencia de mayor incidencia de contagio en adolescentes heterosexuales también se registraba en Venezuela, resultando que el 82% de los adolescentes VIH/SIDA manifestaron ser heterosexuales, 12% homosexuales y 6% bisexuales (Gráfico 6).

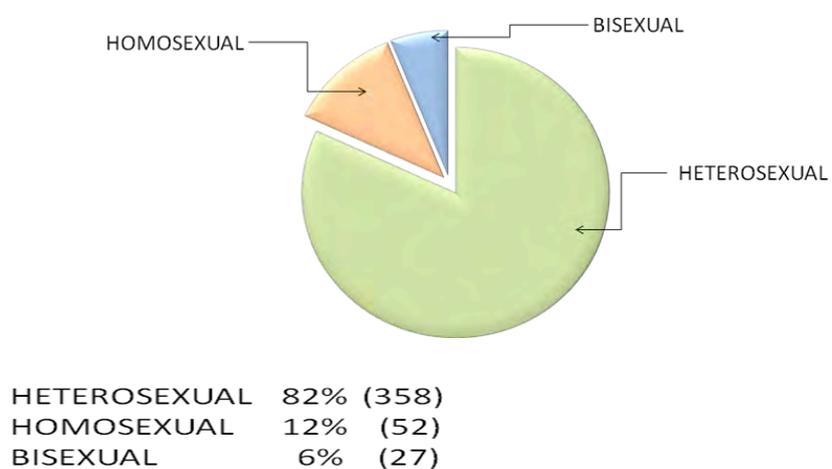


Gráfico 6. Prevalencia de VIH/SIDA por preferencia sexual. Fuente: Servicio de Enfermedades Infecciosas, HCU, Caracas. 2007.

Las edades más afectadas se encontraron entre los 15-18 años con un 60,2% y de 19-24 años un 39,8% (Gráfico 7).

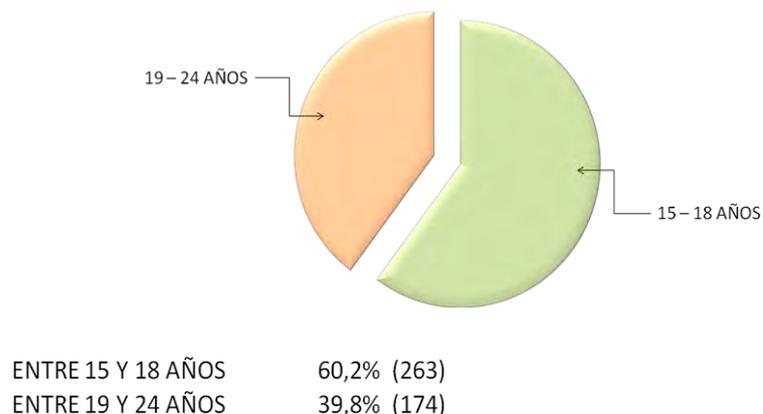


Gráfico 7. Prevalencia de VIH/SIDA por edad. Fuente: Servicio de Enfermedades Infecciosas, HCU, Caracas. 2007.

A partir de los datos obtenidos, se estableció que el cuestionario sería aplicado a adolescentes escolarizados del Municipio Libertador de Caracas – Venezuela, con edades comprendidas entre los 15 y 18 años, es decir, 9no. grado de educación básica y 1ro. y 2do. año del ciclo diversificado y de estratos socioeconómicos bajo y medio.

### **2.3.- SITUACIÓN ACTUAL DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE COMPORTAMIENTOS DE RIESGO, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DISCRIMINATORIAS ANTE EL VIH/SIDA.**

#### **2.3.1.- COMPORTAMIENTOS DE RIESGO.**

Varios autores, por ejemplo, Zagury (1996) y Kimmel & Weiner (1998), coinciden en que diferentes áreas del conocimiento indican que la adolescencia es el período de la vida donde se presenta mayor vulnerabilidad<sup>10</sup> al riesgo. El joven se

---

<sup>10</sup> Para UNAIDS (2007), la vulnerabilidad se deriva de una serie de factores fuera del control de la persona que reducen la capacidad de los individuos y las comunidades para evitar el riesgo de contraer el VIH. Estos factores pueden incluir: (1) falta de conocimientos y aptitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; (2) factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios; y (3) factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales.

encuentra muy susceptible, no sabiendo como lidiar con su cuerpo y con lo referente a la sexualidad. Para éstos autores, en esta fase surgen las primeras relaciones sexuales y, en la mayoría de las veces, el joven no posee información suficiente para explorarla de manera segura.

La mayoría de las personas y, de forma específica, los adolescentes no hacen lo que es mejor para ellos, incluso cuando tienen toda la información necesaria para tomar la mejor decisión. Las investigaciones sobre la toma de decisiones de riesgo por parte de los jóvenes, han contribuido de manera especial en la disminución de comportamientos de riesgo<sup>11</sup>, sin embargo, la evidencia disponible, hasta ahora, no ha sido incorporada en las iniciativas de prevención en Salud Pública (Patel, Yoskowitz, Kaufman & Shortliffe, 2008).

El Servicio de Salud Pública de los EE.UU. (US Department of Health and Human Services), en su informe “Healthy People 2010”<sup>12</sup> ha identificado el “comportamiento sexual responsable” como uno de los principales indicadores de salud ya que la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA menores de 25 años, estuvieron expuestos al virus a través de la conducta sexual (US Department of Health and Human Services [USDHHS], 2008).

La baja edad del desarrollo biológico puede llevar a un inicio precoz de la actividad sexual<sup>13</sup>, aumentando la probabilidad de infección por VIH/SIDA e ITS. En el ámbito psíquico, la adolescencia es una fase de definición de la identidad sexual con experimentación y variabilidad de compañeros sexuales. El pensamiento

---

<sup>11</sup> En el marco del riesgo sexual, una conducta de riesgo sería la exposición de un individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de infección por enfermedades sexualmente transmisibles como el VIH (Espada-Sánchez, Quiles-Sebastián & Méndez-Carrillo, 2003).

<sup>12</sup> “*Healthy People 2010*” son un conjunto de objetivos de salud de Estados Unidos de América que deben lograrse durante el primer decenio del nuevo siglo. Este programa puede ser utilizado por los países, las comunidades, las organizaciones profesionales y otros, para ayudarles a desarrollar programas para mejorar la salud. Proporciona un marco para la prevención y es una declaración de objetivos de salud diseñado para identificar las más importantes amenazas prevenibles y establecer objetivos para reducirlas.

<sup>13</sup> Para autores como Stone (1988) y Benthin, Slovic & Severson (1993), las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, el aborto o la maternidad precoz amenazan a los adolescentes que despiertan cada vez más temprano a la actividad sexual, con poca información y baja percepción de riesgos. En relación a la actividad sexual temprana o inicio sexual precoz se ha dado a conocer que en el año 2008, esta actividad se ubicó entre los 12 y 13 años.

abstracto aún incipiente de los adolescentes hace que se sientan invulnerables, exponiéndose a riesgos<sup>14</sup> sin prever sus consecuencias (Taquette, De Andrade & Vilhena, 2005).

Diversos autores coinciden en que la mayoría de los problemas de salud derivados de la actividad sexual provienen de la práctica de comportamientos específicos tanto individuales como colectivos. La edad de inicio de la actividad sexual, la frecuencia del coito sexual, la práctica del coito vaginal y anal sin preservativo, el número de parejas sexuales, los contactos sexuales esporádicos y la prostitución, son comportamientos específicos considerados como determinantes en la transmisión del VIH (Cohn, Macfarlane, Yanez & Imai, 1995; Caffray & Schneider, 2000; Moskovics, 2004).

Además debemos destacar que, aunque el comportamiento sexual más practicado es el coito vaginal, existen diversos tipos de actividades sexuales igualmente importantes para la prevención del VIH, como el coito anal y el contacto sexual oral, siendo igualmente practicadas por la población adolescente (Cohn et al, 1995; Caffray & Schneider, 2000).

Si bien es difícil generalizar, los estudios realizados a nivel mundial indican que entre el 20 y 30% de los adolescentes varones y más del 10% de las adolescentes mujeres tienen sus primeras experiencias sexuales a edades muy temprana. La media de edad de inicio de las relaciones sexuales coitales ha disminuido por debajo de los 17 años en las últimas décadas, en comparación con los años setenta, donde se encontraba una media de edad del inicio sexual alrededor de los 20 años (Bautista, Sánchez, Montano, Laguna-Torres, Suárez, Sánchez, Campos, Gallardo, Mosquera, Villafane, Aguayo, Ávila, Weissenbacher, Ramirez, Child, Serra, Aponte, Velázquez, Pérez, Olson & Carr, 2006; Coffee, Lurie, & Garnett, 2007; Dourado, Milroy, Mello, Ferraro, Castro-Lima, Guimarães, Molgado, Texeira, Barreto & Galvão-Castro, 2007; Mah & Halperin, 2008).

---

<sup>14</sup> UNAIDS (2008b) define riesgo como la probabilidad o posibilidad de que una persona contraiga la infección por el VIH. Destaca que ciertos comportamientos crean, aumentan y perpetúan el riesgo como las relaciones sexuales sin protección con una pareja cuyo estado serológico respecto al VIH se desconoce, las parejas sexuales múltiples con quienes se mantienen relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables con agujas y jeringas contaminadas.

En estudios realizados con jóvenes de diversos países, se aprecia que la media de edad de inicio sexual (primer coito) se encuentra en torno a los 14 años. (Castillo & Balaguer, 2002; Gayet, Juárez, Pedrosa & Magris, 2003).

Debemos destacar que, el desarrollo biológico temprano de las adolescentes tiene una fuerte asociación con la maternidad temprana y los embarazos no deseados<sup>15</sup>. Más de una quinta parte de los niños que nacen de madres adolescentes son producto de embarazos no deseados (Stern & García, 1999; Román, 2000; Núñez-Urtigoza, Hernández-Prado, García-Barrios, González & Walker, 2003).

Autores como Eggleston (1999), señalan que estos embarazos se producen en la etapa escolar y que el aumento en la proporción de nacimientos en América Latina es producto de madres adolescentes que, generalmente, presentan bajos niveles de escolaridad y residen en zonas rurales o pertenecen a los estratos “marginados” de las zonas urbanas. En relación a esto último, estudios recientes (Barnet, Arroyo, Devoe & Duggan, 2004; Torres, Walker, Gutiérrez & Bertozzi, 2006;) documentan una mayor ocurrencia de embarazos no deseados en las zonas periféricas de las grandes urbes, sobre todo, en aquellas donde se han asentado poblaciones que provienen de los éxodos urbanos y los asentamientos marginados periurbanos.

De igual forma, otros autores (Niccolai, Ethier, Kershaw, Lewis & Ickovics, 2003; Robin, Dittus, Whitaker, Crosby, Ethier & Mezoff, 2004) señalan que existe una relación íntima entre los niveles de escolaridad de las adolescentes y el bajo conocimiento de métodos anticonceptivos, incluyendo el preservativo.

En varios estudios sobre el comportamiento sexual de los adolescentes, la variable personalidad, tal como la búsqueda de sensaciones, ha sido también asociada con el riesgo sexual, el comportamiento y la percepción de riesgo ante el VIH/SIDA (Kalichman & Rompa, 1995; Gerrard, Gibbons, Benthin & Hessling 1996; Kershaw, Ethier, Niccolai, Lewis & Ickovics, 2003; Rolison & Scherman, 2003; Kershaw, Ethier, Milan, Lewis, Niccolai, Meade & Ickovics, 2005; Patel, Branch, Gutnik & Ochoa, 2006). Para estos autores, se puede destacar que, en general, los hombres son

---

<sup>15</sup> El Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP o UNFPA por sus siglas en inglés), en su informe anual 2007, señaló que uno de cada 10 partos en el mundo corresponde a una adolescente, y en los países subdesarrollados, uno de cada 6 corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad. Además, al menos uno de cada 10 abortos se practica en mujeres de 15 a 19 años y, cada año, más de 4,4 millones de mujeres en ese grupo de edades se someten a abortos, 40% de los cuales se realizan en malas condiciones de salubridad.

más propensos a la búsqueda de sensaciones y muestran un comportamiento más arriesgado que las mujeres, durante los años de adolescencia.

Así mismo, la percepción de riesgo de comportamientos sexuales varía en función de los adolescentes y de las situaciones. En este sentido, los adolescentes y adultos jóvenes pueden llegar a interpretar con exactitud las probabilidades de alto riesgo, pero tienen dificultades para interpretar una situación de riesgo medio o bajo (Patel et al, 2008).

De los comportamientos sexuales de riesgo señalados anteriormente, las relaciones sexuales sin protección constituye el vínculo más directo a contraer la infección por VIH/SIDA (Walcott, Meyers & Landau, 2008). Aunque la mayoría de los adolescentes sexualmente activos informen usar preservativo durante su más reciente encuentro sexual (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006; Franzetta, Terry-Humen, Manlove & Ikramullah, 2006), desgraciadamente, muchas investigaciones sugieren que los adolescentes utilizan el preservativo de forma inconsistente (Solomon & DeJong, 1989; Guttmacher, Lieberman, Ward, Freudenberg, Radosh & Des, 1997; Kennedy, Mizuno, Seals, Myllyluoma & Weeks-Norton, 2000; Villaseñor-Sierra, Caballero-Hoyos, Hidalgo-San Martín, & Santos-Preciado, 2003), observándose que, en promedio, el 28% de las mujeres y el 47% de los varones informan que no usan el preservativo en todas las relaciones sexuales.

Existen otros factores, de orden psicológico, tales como la autoestima<sup>16</sup>, la depresión<sup>17</sup>, el estrés<sup>18</sup> y la ansiedad, que han sido reportados como antecedentes y

---

<sup>16</sup> Para autores como Liss-Levinson (1988), Meadows y Weiss (1992), Raich (2000) y Lameiras (2001), se considera que la forma de percibir y evaluar el cuerpo se relaciona íntimamente con las relaciones sexuales que se tengan. De igual forma la visión subjetiva que se tenga sobre el atractivo corporal también puede influir en la experiencia y la autoestima sexuales.

<sup>17</sup> Hallfors (2005) y Mazzaferro (2006) destacan que, el sexo en los adolescentes y los problemas emocionales tales como la depresión, son aspectos que están íntimamente relacionados. Señalan que los adolescentes que tienen relaciones sexuales tempranas pueden tener más riesgo de sufrir de depresión y que además, la depresión en los adolescentes conduce a conductas sexuales arriesgadas.

<sup>18</sup> En relación con el estrés asociado a comportamientos sexuales de riesgo, Miller, Notario & Zimmerman (2002) destaca que la vulnerabilidad al estrés es una expresión de emociones negativas y niveles bajos de confianza y de compromiso, generalmente relacionados con la falta de apego emocional. Aclara que, en la adolescencia, el componente erótico de la relación entre el apego emocional y sexo promueve la formación de vínculos afectivos, ya que, aportan una motivación muy consistente para la interacción.

consecuencias de comportamientos sexuales de riesgo (Brown, Tolou-Shams, Lescano, Houck, Zeidman, Pugatch & Lourie, 2006). Con relación a la autoestima, las adolescentes con una pobre imagen de sí mismas tienen más probabilidades de iniciar más temprano sus relaciones sexuales, tienen más parejas sexuales y es más probable que no insistan en el uso del preservativo a sus parejas. También se ha postulado que, a causa de la influencia o presión de las normas sociales en relación con la sexualidad, los adolescentes identificados con menor autoestima tienden a participar en relaciones sexuales de más riesgo (Ethier, Kershaw, Lewis, Milan, Niccolai & Ickovics, 2006; Rivera, 2007).

Aunque pocos estudios han evaluado la relación entre la autoestima y el uso del preservativo, varios estudios han encontrado una asociación significativa entre la autoestima y el comportamiento sexual más seguro entre mujeres adolescentes (Orr, Wilbrandt & Black, 1989; Gillmore, Butler, Lohr & Gilchrist, 1992; Gardner, Frank & Amankwaa, 1998; McNair, Carter & Williams, 1998; Paul, Fitzjohn, Herbison & Dickson, 2000; Piña, Robles & Rivera, 2007).

Es importante señalar que, aunque las tasas de depresión, por lo general, son inferiores en los adolescentes, estudios recientes han arrojado que la depresión puede ser un predictor fuerte e importante de las relaciones sexuales de riesgo. Un estudio realizado por Brown et al (2006) reportó que, independientemente de la menor incidencia de síntomas depresivos entre los adolescentes, estos síntomas pueden tener una fuerte influencia sobre los comportamientos de riesgo para adquirir VIH/ITS y que este efecto cuadruplica la probabilidad de no usar el preservativo.

### **2.3.2.- CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA**

La clasificación del nivel de conocimientos, generalmente, se hace sobre la base del porcentaje de respuestas correctas en escalas prefijadas por el investigador, en función de su correspondencia con modelos biomédicos considerados como válidos (DiClemente, Zorn & Temoshok, 1986; Carey & Schroder, 2002; Gaspar, Battistutta, Simões, Fonseca, Días & Gonçalves, 2003; Laranjeira, Fernandes & Saraiva, 2005; Gańczak, Barss, Alferesi, Almazrouei, Muraddad & Al-Maskari, 2007; Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez & Ortigoza, 2008). Además, en estudios recientes, se ha aplicado como criterio de evaluación de conocimientos un Modelo de Consenso

Cultural que va orientado a identificar si hay o no un sistema homogéneo de conocimientos sobre el VIH/SIDA, a partir de las respuestas originales por parte de los informantes a un cuestionario estructurado, permitiéndose detectar homogeneidad en los conocimientos del VIH/SIDA y estimar patrones culturales de respuestas correctas y su correlación con los distintos estratos socioeconómicos (Trotter, Weller, Baer, Pachter, Glazer & García de Alba, 1999; Caballero-Hoyos & Villaseñor-Sierra, 2003).

En relación a la información sobre conocimientos, actitudes y comportamientos de riesgo a través de encuestas periódicas, McManus & Dhar (2008) insisten que son indispensables para entender mejor la dinámica del VIH/SIDA/ITS, además de ser importantes en la evaluación de los resultados de los esfuerzos de prevención, a través de la valoración de los cambios comportamentales y cognitivos.

El conocimiento y la información son las primeras líneas de defensa para los adolescentes, sin embargo, el acceso a la educación sobre VIH/SIDA está muy lejos de ser universal.

En África Subsahariana sólo el 8% de los jóvenes no escolarizados y un número ligeramente mayor de escolarizados tiene acceso a la educación sobre prevención. Las cifras equivalentes para Europa Oriental y Asia Central son de 3% para los no escolarizados y 40% para los escolarizados. En América Latina sólo 4% de los jóvenes no escolarizados y 38% de los escolarizados tienen acceso a la educación sobre la prevención. En la región, la epidemia asume muchas facetas dada la diversidad de patrones demográficos y de desarrollo de los países, por lo cual existe el peligro de propagarse de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces (Macchi et al, 2008).

No es de extrañar que los resultados de 20 países con alta prevalencia revelen que, a pesar de que la mayoría de los jóvenes han oído hablar sobre VIH/SIDA, la mayor parte es incapaz de reconocer tres ideas erróneas acerca de la enfermedad<sup>19</sup> ni de identificar dos métodos de prevención (Macchi et al, 2008).

---

<sup>19</sup> En este sentido Macchi et al (2008) destaca que existe un nivel de comprensión superficial y de manera general, una cierta desinformación conceptual. En los adolescentes estudiados se observaron conocimientos elevados con respecto a la transmisión sexual y a través del uso de jeringas para drogas intravenosas, pero ignoran otras vías de contagio como el coito anal, la transmisión vertical y por vía parenteral.

Estudios realizados sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para adquirir VIH/SIDA, manifiestan que el riesgo de infección por este virus, en la adolescencia, es un problema creciente, esto debido al incremento de la proporción de jóvenes con relaciones sexuales coitales, la edad de inicio sexual más temprano, la inconsistencia y poco uso del preservativo y el inicio del consumo de drogas ilegales (Vasconcelos, Barbosa & Almeida, 1999; Scarpante, Mitsui, Benevides & Alves, 2000; Barros, Barreto, Pérez, Santander, Yépez & Abad-Franch, 2001; Villaseñor-Sierra et al, 2003).

Los estudios sobre el grado de conocimiento objetivo<sup>20</sup> y su impacto en las prácticas sexuales de adolescentes de diversas poblaciones, han demostrado una variabilidad e inconsistencia considerables. Algunos estudios muestran un grado de conocimiento asociado con una actividad sexual coital de bajo riesgo, o la modificación de una de mayor riesgo a otra de menor riesgo, mientras que en otros se asocian con una actividad sexual de alto riesgo (DiClemente et al, 1986; Fernández, Molina, Ramírez, Pérez, Castilla, Marrodán, Alcover & Tomás, 2000; Johnson, Carey, Marsh, Levin & Scott-Sheldon, 2003; Merakou & Kourea-Kremastinou, 2006).

Se ha reportado un mayor grado de conocimiento en adolescentes varones y en estratos socioeconómicos altos, así como un menor grado de conocimiento asociado con grupos minoritarios o de bajo nivel de escolaridad. De igual forma, se ha descrito un mayor número de casos de VIH/SIDA asociado a personas con alto porcentaje de desempleo y baja escolaridad (Yelibi, 1993; Black, 1997; García, 2001; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003). Otros factores que podrían influir en estos comportamientos, es la limitada capacidad económica y cultural de la mayoría de los adolescentes para disponer o procurar medios impresos informativos o para lograr un nivel adecuado de escolaridad (Caballero-Hoyos & Villaseñor-Sierra, 2003).

En los estudios realizados sobre conocimiento subjetivo<sup>21</sup>, la percepción predominante y homogénea en adolescentes de todos los estratos socioeconómicos y

---

<sup>20</sup> El profesor Ramón Ruiz Limón (2006) en su libro *“Historia y evolución del pensamiento científico”* define el conocimiento objetivo como “aquel que permite reproducir en el pensamiento abstracto los aspectos y relaciones esenciales de la realidad” (pp. 20).

<sup>21</sup> El conocimiento subjetivo es aquel que posee el sujeto acerca de la percepción de lo que el cree conocer, es una afirmación relativa a un individuo y/o a un grupo social (Kornblihtt, 2001).

de ambos géneros es la de saber “algo” sobre VIH/SIDA (Phillips, 1993; Villaseñor-Sierra et al, 2003). Además, en estos estudios, el conocimiento subjetivo fue un predictor significativo del uso constante del preservativo y la intención de aceptar realizarse la prueba del VIH.

Los niveles de información que tiene el individuo de las enfermedades se muestran como un factor tan importante, que ha llevado al estudio de la relación positiva entre el conocimiento de la enfermedad y el comportamiento de salud, señalándose que, las conductas adecuadas de las personas, para hacer frente a una enfermedad, dependen, en gran parte, del tipo y cantidad de conocimientos que los individuos disponen sobre ella (García, 2005).

Los hallazgos encontrados en los estudios señalados, tanto en conocimientos objetivos como en conocimientos subjetivos, nos deben llevar a explorar y profundizar en los elementos que integran estos tipos de conocimiento.

### **2.3.3.- ACTITUDES DISCRIMINATORIAS ANTE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA.**

Se ha reportado que existe una relación directa entre el nivel de información y el grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA con el comportamiento discriminatorio y estigmatizante (Bayés, Comellas, Lorente & Viladrich, 1998).

Es por esta razón que, con el objeto de poder articular estrategias preventivas con las conductas de salud sexual<sup>22</sup> y reproductiva, debemos reconocer que éstas se encuentran íntimamente relacionadas con las imágenes sociales y las representaciones colectivas e individuales que las personas tienen de una determinada enfermedad.

---

<sup>22</sup> La Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés *World Health Organization*) en el año 2007 definió la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solo la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos”.

Las representaciones sociales<sup>23</sup> de las enfermedades parten de la idea de que las desviaciones del saber normativo sobre la enfermedad no deben ser considerados como meros errores o falsas creencias sino como convicciones razonadas y construidas socialmente. Además, debe considerarse la formación de un conjunto de creencias y de conocimientos de tipo práctico que han sido elaborados progresivamente a través de historias colectivamente discutidas y estratificadas en las culturas de los grupos (Morin, 1996).

El impacto de la enfermedad sobre la cultura es bidireccional, incide sobre la identidad de los pueblos, refuerza o minimiza valores culturales, conductas personales y sociales e identidades colectivas, asimismo, los sistemas culturales no son neutrales en relación a la enfermedad, la interpretan y objetivan en función de sus tendencias religiosas, los valores dominantes y la forma de establecer los contactos personales y sociales (Mestre-Lujan, 2002; Bueno-Abad & Madrigal-Vilchez, 2003).

El estigma, la discriminación y la marginación social relacionados con el VIH han demostrado ser extraordinariamente persistentes en casi todas las sociedades. El miedo y la ignorancia son los motores principales de estas actitudes provocando su exacerbación (Grupo de Empleados de las Naciones Unidas VIH-Positivos [UNPLUS], 2007).

El estigma<sup>24</sup> se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que “desacredita significativamente”<sup>25</sup> a un individuo ante los ojos de los demás

---

<sup>23</sup> Para Jodelet (1993), las representaciones sociales designan el saber del sentido común, es decir, son una forma de pensamiento social. Son modalidades del pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, comprensión y manejo del ambiente social material o ideal, y están marcadas socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen, así como por las comunicaciones a través de las cuales circulan y por funciones que cumplen en la interacción con el mundo y los demás.

<sup>24</sup> El autor Erving Goffman en su libro titulado “*Stigma: notes on the Management of a spoiled identity*” acota que el termino “Estigma” fue creado por los griegos para referirse a señales corporales con los cuales se procuraba evidenciar alguna cosa de extraordinaria o mala sobre el estatus moral de quien los presentaban. Estas señales eran hechas con cortes o fuego en el cuerpo y avisaban que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor, “una persona marcada”, ritualmente contaminada que debía ser evitada (Estigma e identidad social, pp. 5)

<sup>25</sup> (Ídem). Cuando hay una discrepancia entre la identidad social real de un individuo y su identidad virtual, es posible que nosotros, los normales, tengamos conocimiento de ese hecho antes de que entremos en contacto con el o, entonces, que esa discrepancia se torne evidente en el momento en que él nos es presentado (Control de información e identidad personal, pp. 38)

(Goffman, 1963)<sup>26</sup>. Los atributos que justifican el estigma pueden resultar completamente arbitrarios. Dentro de algunos contextos particulares y algunas culturas alrededor del mundo, ciertos atributos se magnifican y son definidos por los “otros” como deshonrosos o indignos (Aggleton & Parker, 2005).

La autora Susan Sontag (1988) señala que el estigma, la discriminación y la marginación social del individuo “enfermo de SIDA” lo lleva a una “muerte social”, cuya consecuencia es el abandono. En su libro “El SIDA y sus metáforas”,<sup>27</sup> expresa:

“Tal como la enfermedad es la mayor de las miserias, así la mayor miseria de la enfermedad es la soledad que tiene lugar cuando la naturaleza infecciosa de la enfermedad disuade de acudir a quienes han de asistir; cuando hasta el médico apenas se atreve a venir... se trata entonces de una proscripción, de una Excomuni3n del paciente...”. (Sontag, 1988, p. 41).

A más de un siglo de distancia de la consagración del termino “anomia” (termino empleado en sociología para referirse a una desviación o ruptura de las normas sociales y la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas de la sociedad), utilizado por primera vez por Duekheim en 1897<sup>28</sup>, el VIH y el SIDA, vuelven a situarlo en primera línea y darle plena vigencia científica y simbólica. Aquellas personas que ya están

---

<sup>26</sup> (Ídem). El autor enfoca, bajo el manto del estigma, el menoscabo que ha sufrido la identidad social e individual. Describe al estigma como una polarización del sentimiento y lo engrana con la perdida de la identidad del ser humano estigmatizado. A partir de esta reflexión, el autor encara, las reacciones sociales que ha presentado la humanidad ante enfermedades infecciosas y contagiosas, enfermedades genéticas y trastornos mentales, entre otros, con la percepción individual de la estigmatización, concluyendo que la conducta estigmatizante es una conducta aprendida (Pp. 25).

<sup>27</sup> La ensayista norteamericana hace un análisis de la enfermedad como figura o metáfora ligada a nuestra existencia. Revisa las metáforas que contribuyen a estigmatizar a los enfermos de SIDA, como el querer ponerlos en evidencia a través de ésta y englobarlos como personas que pertenecen a “grupos de riesgo”. Revisa la dignidad del ser humano y la responsabilidad de todos los ciudadanos respecto a las enfermedades y las punitivas fantasías que generan. La autora se centra en la concepción apolítica de la nueva epidemia, desenmascarando su utilización política contra las desviaciones ante los presuntos desórdenes morales de la promiscuidad, la droga y la homosexualidad.

<sup>28</sup> Emile Durkheim fue uno de los fundadores de la sociología moderna y fundador de la revista “*Année Sociologique*”, cuando se refiere a la “anomia” no solo la encierra en el incumplimiento de la norma social, sino que también puede implicar su destrucción, cambio violento o desvanecimiento sin que otra norma social la supla parcial o totalmente.

infectadas pero todavía no han desarrollado la enfermedad y, los otros que, ya enfermos, no solo pertenecen visiblemente a la pandemia, sino que engrosan los registros de casos como agentes mórbidos, y luego como muertos, que han dejado como herencia maldita, el virus que produce el SIDA, son consideradas anómicas (Usieto, 1991).

Lo que constituye a los “anómicos” en tales, es su condición de desviados sociales, indeseables, asociales, personas de conductas desviadas, enfermos latentes, infectados, contagiosos y epidémicos, en definitiva, funcionan como provocaciones que radicalizan la conciencia de la angustia, del miedo y de la muerte, propios de nuestra sociedad (Usieto, 1991; Rodríguez & García, 2005).

El VIH/SIDA, en el pensamiento del colectivo social, tiene como consecuencia que sus afectados “enfermen” socialmente, produciendo seres humanos “anómicos”, sometidos a un insalubre conflicto entre su identidad colectiva y sus identidades individuales (Usieto, 1991).

Para Usieto (1991)<sup>29</sup>, lo propiamente anómico de esta epidemia, sobre todo en sus inicios, no es el SIDA, sino que, paradójicamente, es algo que le precede aunque solo se advierta con la aparición de la enfermedad, es el hecho previo de pertenecer a un grupo considerado de antemano como anormal, calificado ya como desviado, rechazado y portador de un estigma, que todos reconocen y condenan.

El VIH legitima el rechazo que hace la sociedad de los “grupos de riesgo” amenazantes a doble título, en primer lugar, como marginados, excluidos de la sociedad por desviantes, por situarse fuera de la norma y, en segundo término, porque biológicamente propagan el virus de la deshonra, del vicio, de la impunidad y de la pobreza humana. Este referéndum de la sociedad, convierte una situación social de juicio y condena moral y legítima, de ese modo práctico, que no tiene más legitimidad

---

<sup>29</sup> El Dr. Usieto, en su tesis doctoral titulada “*Anomia y marginación social: Poblaciones expuestas al SIDA. Un análisis concreto*”, habla sobre el estigma, la discriminación y el concepto de anomia ante las personas expuestas al SIDA. Define el estigma como un proceso que genera relaciones injustas de poder. Relata que las grandes epidemias han tenido, en la historia de la humanidad, una enorme trascendencia, abarcando todos los sectores de la sociedad. Habla sobre la definición de anomia y destaca que, lo que constituye a los anómicos como tales es la condición de desviados sociales, provocando radicalizaciones en la conciencia de la angustia, el miedo y la muerte. Aclara que, la descripción de los afectados por el VIH/SIDA como “grupos de riesgo” ha resultado definitiva de la necesidad de buscarle culpables a una enfermedad que solo es producida por un virus.

que la de haber sido impuesto con éxito (Usieto, 1991). Por esta discriminación, se cambió el término grupo de riesgo por prácticas de riesgo<sup>30</sup>.

El Doctor Ramón Bayés et al (1998), en su artículo “Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA”, señala:

“Uno de los aspectos que produce mayor sufrimiento en muchas de las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el denominado “SIDA social” consiste en la marginación o discriminación que sufren por parte de miembros de la población no infectada, debido al temor que sienten estos últimos por una hipotética transmisión del virus a través de comportamientos habituales en la vida cotidiana de relación...”. (Bayés et al, 1998, p. 127).

El estigma relacionado con el VIH, es un fenómeno multiestratificado que tiende a aprovechar y reforzar connotaciones negativas por medio de la asociación del VIH y el SIDA con comportamientos ya de por sí marginados, como el comercio sexual, el consumo de drogas y las prácticas homosexuales. De igual forma refuerzan los miedos de los excluidos y otros grupos vulnerables como reclusos e inmigrantes (Aggleton & Parker, 2002).

Los comportamientos estigmatizantes están profundamente arraigados en la sociedad y operan dentro de los valores de la vida cotidiana. Aunque las imágenes asociadas al VIH/SIDA son muy variables, están modeladas para asegurar que este estigma se entremezcle con las desigualdades sociales y contribuya a reforzarlas (Castro-Pérez, 1988).

La vergüenza, asociada al SIDA, es una manifestación del estigma que ha sido descrita como “estigma internalizado”. Esta vergüenza puede tener una importante influencia psicológica sobre cómo se ven a sí mismas las personas infectadas y cómo se adaptan a su estado, tornándolas vulnerables a la depresión y al aislamiento autoimpuesto (Castro-Pérez, 1988).

---

<sup>30</sup> Peterson & DiClemente (2000), en su libro titulado “*Handbook of HIV prevention*” destacan que la epidemia de VIH/SIDA fue tomando proporciones tan grandes que se hizo necesario hablar de “prácticas de riesgo” o “conductas de riesgo” y no más de grupos de riesgo ya que, todas las personas, sin excepción, están sujetas a ser infectadas por el virus, bastando para eso, un único comportamiento que envuelva una situación de riesgo.

La estigmatización, también puede producirse a otro nivel, es posible que las personas que viven con VIH interioricen las respuestas y reacciones negativas de los “otros”, un proceso que puede dar lugar a lo que se denomina “autoestigmatización”, esta autoestigmatización tiene vínculos con lo que se describe, en algunas ocasiones, como “estigma percibido”, ya que incide principalmente en el sentimiento de orgullo o dignidad del individuo o colectivo afectado (Malcom, 1998).

Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación. La discriminación consiste en acciones u omisiones derivadas del estigma y dirigida contra los individuos estigmatizados.

La discriminación, tal como la define UNAIDS (2000) en su Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV, se refiere a:

“Cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecte a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas”. (UNAIDS, 2000, p. 7).

La discriminación relacionada con el VIH puede producirse a distintos niveles. En el contexto familiar y comunitario, puede distinguirse lo que se conoce como “discriminación declarada”. Con ello se denota lo que hacen los individuos, deliberadamente o por omisión, para negarles servicios o derechos. Algunos ejemplos de este tipo de discriminación son: el ostracismo (método por el cual se puede desterrar durante un cierto tiempo a un ciudadano no grato o peligroso para el bien común), como la práctica de obligar a las mujeres a regresar con su familia de origen cuando se diagnostican como VIH-positivas, después de que aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad o después de que haya fallecido su pareja a causa del SIDA; elusión y evitación del contacto diario; hostigamiento verbal; violencia física; desacreditación y denegación de los ritos funerarios tradicionales (Malcom, 1998).

Existe también una discriminación que tiene lugar en los contextos institucionales, sobre todo a nivel laboral, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y centros de bienestar social. Este tipo de discriminación plasma el concepto de “discriminación declarada” en políticas y prácticas

institucionales que estigmatizan a las personas que viven con VIH/SIDA o, en la falta de políticas antidiscriminatorias o procedimientos de reparación (Malcom, 1998).

A nivel nacional, la discriminación se puede reflejar en la aprobación o legitimación oficial, por medio de leyes y políticas existentes. Esto puede llevar a la ulterior estigmatización de las personas que viven con VIH/SIDA y, en consecuencia, a una “discriminación legitimada” (Malcom, 1998). Como ejemplo de este tipo de discriminación, se puede destacar que, en algunos países, se han promulgado leyes con la intención de restringir los derechos de los individuos y grupos afectados por el VIH, como las pruebas de detección sistemática y obligatorias, la prohibición de la ocupación de ciertos cargos o tipos de empleo, el aislamiento, las limitaciones en la migración y los viajes internacionales (Malcom, 1998; Rodríguez, Pérez & Gómez, 2006).

La discriminación también puede producirse por omisión, como el caso de la ausencia o la falta de aplicación de leyes, políticas y procedimientos que ofrezcan reparación y protejan los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA (Rodríguez et al, 2006).

El tema de la discriminación en relación con la salud y el VIH/SIDA ha sido encarado en el marco de los Derechos Humanos consagrados por los diversos documentos y tratados internacionales. La experta Miriam Maluwa, en el año 2002 manifestó:

“La legislación internacional sobre Derechos Humanos protege a todas las personas por igual, sin distinciones ni discriminaciones. Todos los grupos de individuos deben gozar de manera igualitaria del amplio espectro de los Derechos Humanos: civiles, políticos, económicos, sociales y culturales...”. (UNPLUS, 2007, p. 3).

De esta forma, las actitudes discriminatorias y estigmatizantes conllevan el tema del VIH/SIDA hacia una conducta de marginación y exclusión social de las personas que viven con esta enfermedad. La exclusión o marginación social se entiende como:

“El proceso por el cual una sociedad o un grupo de personas rechaza a determinados individuos, desde la simple inferencia hasta la represión y la reclusión”. (Rodríguez et al, 2006, p. 127).

Este fenómeno puede producirse bien porque una persona o grupo de personas siguen determinados ideales o bien, cuando responden a intereses determinados. Una característica común en todos los grados y tipos de marginación, es la privación o dificultad para la normal satisfacción de las necesidades del individuo (Rodríguez et al, 2006).

Se pueden distinguir diferentes tipos de marginación social. La “marginación por inferencia”, donde se incluyen a los ancianos, minusválidos, personas con Síndrome de Down e inválidos; la “marginación por represión de conducta”, donde se incluyen a las prostitutas, los drogadictos, homosexuales, alcohólicos, delincuentes y personas que viven con VIH/SIDA; y la “automarginación”, donde se incluyen a aquellas personas que no comparten las ideas imperantes en su entorno y aquellas que interiorizan la marginación como es el caso de las personas que viven con VIH/SIDA (Rodríguez et al, 2006).

La exclusión social, sea debida a cualquiera de sus posibles orígenes, produce siempre, en quienes la padecen, una pérdida del disfrute de los derechos fundamentales que como personas les corresponden. La exclusión social marca la frontera entre quienes gozan, en plenitud de sus derechos y quienes se ven privados de una parte de ellos, con menoscabo de sus capacidades de desarrollo como personas, agravio de su dignidad y, con frecuencia, peligro de su propia vida (Núñez, Fernández & Aguilar, 2001; Rodríguez et al, 2006).

Las consecuencias del estigma, la discriminación y la marginación social se evidencian a varios niveles. Desde el comienzo de la epidemia de VIH/SIDA, estos comportamientos sociales han dado impulso a la transmisión de la enfermedad y han aumentado, en gran medida, el impacto asociado a la epidemia (Aggleton et al, 2002).

Estos comportamientos sociales relacionados con el VIH/SIDA, socavan los esfuerzos de prevención, manifestándose en el temor de las personas de averiguar si están infectadas o no, en la negación a pedir información sobre cómo se puede reducir el riesgo de exposición al virus y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro. De esta forma se debilita la capacidad de los individuos y las comunidades para autoprotgerse y desalientan a las personas que viven con VIH/SIDA a revelar su estado serológico, en muchos casos, incluso a familiares y parejas sexuales (Aggleton et al, 2002).

Estos patrones de no revelación y dificultad para solicitar atención, apoyo y tratamiento, alimentan por si mismos el estigma, la discriminación y la marginación y refuerzan un círculo vicioso. Esto es así, porque los estereotipos y el miedo se perpetúan cuando las comunidades, a menudo, sólo reconocen a las personas que viven con VIH/SIDA cuando se encuentran en las etapas finales, sintomáticas y debilitantes del SIDA, y la negación y el silencio refuerzan la marginación de las personas ya vulnerables (Aggleton et al, 2002).

La no revelación de la infección dentro de las familias conduce a la falta de planificación anticipada, lo cual hace que, al fallecer el sostén de la familia, los huérfanos y dependientes afligidos queden en una situación de precariedad económica (Aggleton et al, 2002).

Estudios realizados sobre la relación entre la información, el miedo y los comportamientos discriminatorios y estigmatizantes (Bayés, Pastells & Tuldrá, 1995; Bayés et al, 1998; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Smith & Morrison, 2006) han resaltado que es difícil observar directamente los comportamientos de discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA y que incluso, en casos de marginación clara, es difícil obtener respuestas fiables sobre los niveles de información y miedo que las personas marginadoras poseen cuando se comportan de este modo.

Autores como Rise & Jakobsen (1995), basándose en datos conseguidos a través de un estudio empírico, resaltan que las creencias sobre la transmisión del VIH/SIDA en situaciones que escapan del control de la persona, afianzan sus actitudes discriminatorias hacia los afectados. En opinión de los autores, si las personas perciben la amenaza de transmisión como controlable, esta genera menor temor.

#### **2.4.- LOS ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE ESTUDIO.**

A partir de la década de los 90, en el mundo entero, se han presentado cambios en el patrón epidemiológico de la transmisión del VIH, creciendo de manera alarmante la infección heterosexual y aumentando cada vez más el número de individuos infectados, causando así graves repercusiones de orden psicológico y social. Además, se ha encontrado una elevada prevalencia del virus en adolescentes y adultos jóvenes con edades entre 15 y 24 años (Navarro & Vargas, 2005).

A pesar de que en investigaciones anteriores se ha cuestionado la eficacia de los métodos existentes para identificar a las personas en alto riesgo de contraer y transmitir el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), y que se han planteado nuevas estrategias para la identificación de estas personas (Patel et al, 2008), los adolescentes han sido identificados dentro de los grupos más vulnerables para contraer y transmitir el VIH (UNAIDS, 2008a).

Es conveniente plasmar algunas consideraciones acerca de la adolescencia para comprender las razones por las cuales se les ha considerado dentro de estos grupos de riesgo.

El término adolescencia es empleado para designar la fase en la cual la persona está en el proceso de desarrollo de la infancia a la vida adulta. No necesariamente especificada en años, sino más bien entendida como el inicio de la etapa donde surgen las primeras señales de la pubertad o pubescencia y se extiende hasta que el individuo ha alcanzado su crecimiento o desarrollo mental completo (Zagury, 1996; Scarpante et al, 2000).

La adolescencia es presentada como una fase bastante compleja (Zagury, 1996), los cambios de comportamiento que ocurren en esa fase son universales, mientras que los cambios psicológicos y de relaciones varían de cultura a cultura, de grupo a grupo y hasta en individuos de un mismo grupo. Para Zagury (1996), las características más visibles en la adolescencia, es el acentuado desarrollo físico, con cambios internos y externos y también cambios marcados en el campo intelectual y afectivo. Según el autor, el adolescente busca principalmente la integración al grupo, idealizando otras figuras que no sean los padres. Es una fase en la que el individuo necesita usar su propia creatividad, ser espontáneo, tomar conocimiento de si mismo, de sus propios sentimientos y dificultades.

Tomando como punto de referencia la definición de adolescencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1985) que menciona que esta etapa:

“es principalmente biológico, trasciende el área psicosocial y constituye un periodo durante el cual se inicia y se busca perfeccionar la madurez de la personalidad, la capacidad de abstracción y, como resultado de todo ello, la adaptación armónica al medio familiar y comunitario” (OPS, 1985, p. 43).

Se nota que la trascendencia al área psicosocial, le confiere a los adolescentes y adultos jóvenes una serie de factores de riesgo para la infección por el VIH, como lo son el hecho de que el mecanismo de transmisión más frecuente es el sexual, y es precisamente en esta etapa donde se lleva a cabo una importante actividad en esta área; y donde se definen, en gran medida las conductas sexuales del individuo (Gorab-Ramírez, Hernández-Gamboa, Rescala-Baca, Del Río-González & Niesvizky-Iszaevich, 1990).

De acuerdo con Jessor (1993), la adolescencia es un periodo crucial para la salud ya que constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una amplia gama de nuevas actividades que pueden conducir a riesgos para la salud.

La adolescencia y la juventud son las etapas cuando la mayoría de las personas inician su vida sexual. Estos adolescentes se ven muy afectados, especialmente por estar expuestos a una gran cantidad de factores de riesgo como lo son las relaciones sexuales sin preservativo, la promiscuidad, el mayor consumo de alcohol y drogas, y conocimientos inadecuados o deficientes, entre otros (Navarro & Vargas, 2005).

Para Villaseñor-Sierra et al (2003), este incremento en el riesgo podría estar asociado con una autopercepción de bajo riesgo, sentido de vulnerabilidad y una mayor exposición a relaciones coitales riesgosas; todo esto favorecido, a su vez, por la ausencia de manifestaciones clínicas durante el período que transcurre desde la infección hasta el desarrollo de la enfermedad clínica del SIDA.

En algunos estudios recientes (Caffray & Schneider, 2000; Caballero-Hoyos & Villaseñor-Sierra, 2001; Gayet et al, 2003; Villaseñor-Sierra et al, 2003), se han levantado algunos aspectos sobre la predicción del uso del preservativo entre los adolescentes. Entre estos aspectos se encuentran las actitudes positivas de hablar sobre la prevención en el comportamiento sexual, la auto eficacia percibida, la norma subjetiva, el auto concepto positivo y la conciencia en el riesgo de infección por ITS/VIH. Por otra parte, se recalca que, conflictos en cualquiera de estos aspectos pueden representar riesgos para la salud del adolescente, especialmente al considerar que un evento arriesgado, aunque aislado, puede comprometer la salud del joven. Asimismo, el éxito en la conducta arriesgada puede constituirse en un predictor de la intención de repetir dicho comportamiento.

Para Rasmussen, Hidalgo & Alfaro (2003), en los adolescentes se puede observar una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos de la práctica de

actividades que representen riesgos para la salud. La percepción en esta fase es generalmente optimista, con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta. De igual forma, los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que los adultos a los daños derivados de actividades que encierren riesgos.

Bonomo, Coffey, Wolfe, Lynskey, Bowes & Patton (2001) acotan que, las investigaciones sobre la percepción del riesgo en los adolescentes se centran en las actividades que realizan ellos con mayor frecuencia y en la percepción del riesgo que estos adolescentes tienen sobre cada una de ellas. Sin embargo, los riesgos asociados a la actividad sexual, en muchos casos, resultan ser los más conocidos y los más controlables por los sujetos, siendo que, los dos principales tipos de riesgo percibidos son, generalmente, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. Además, los autores enfatizan que, algunas conductas no son percibidas como arriesgadas por los adolescentes como el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

## **2.5.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO**

Los datos de conducta pueden ayudar a comunidades y a planificadores de programas a elaborar iniciativas enfocadas en la ruptura de la cadena de transmisión de VIH/SIDA, así como señalar comportamientos específicos que necesitan ser modificados, resaltando aquellos que no han tenido cambios en el tiempo como respuesta a los esfuerzos de los programas preventivos (Navarro & Vargas, 2005).

A medida que el VIH se disemina, en muchos países se aumentan los esfuerzos de prevención para promover cambios en las conductas de riesgo. Los países necesitan información para diseñar programas de prevención apropiados, monitorear y posteriormente saber si esos esfuerzos tienen éxito (Family Health International [FHI], 2000).

Los Cuestionarios de Vigilancia del Comportamiento (CVC) para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/SIDA, han demostrado, durante varios años, que son una contribución útil e importante para la respuesta nacional al VIH/SIDA. Estos cuestionarios utilizan métodos confiables para establecer conductas de riesgo, como parte de un sistema de vigilancia integral, el cual controla varios aspectos de la epidemia. Son especialmente útiles al proveer información sobre

comportamientos en los grupos que son difíciles de alcanzar a través de encuestas comunes y que pueden estar en alto riesgo de contraer o diseminar el VIH/SIDA (FHI, 2000).

En Venezuela, según nuestros datos, no existe ningún estudio sobre los conocimientos acerca del VIH/SIDA, las actitudes discriminatorias o estigmatizantes reflejadas hacia las personas que viven con esta enfermedad y las prácticas de riesgo que pueden llevar a los adolescentes de este país a adquirir la infección. La inexistencia de este tipo de estudios se debe, en parte, a que requiere una importante inversión económica y una planificación a largo plazo.

Lo ideal es determinar las tendencias de la incidencia del VIH en tiempo real, y en concreto, el impacto de los programas de prevención del VIH, pero esto es algo que exige estudios longitudinales con un gran número de personas. Teniendo en cuenta las dificultades prácticas de efectuar dichos estudios, se ha propuesto usar la prevalencia del VIH por grupos de jóvenes de 15 a 24 años que acuden a los dispensarios o servicios especializados en VIH como una media aproximada de la incidencia. Además, para que se pueda trabajar en la prevención del VIH, principalmente en grupos específicos, como los adolescentes, es imprescindible identificar el nivel de informaciones y comportamientos respecto a esta temática, tratando de realizar estrategias para trabajar junto a esos jóvenes en el fortalecimiento de conductas preventivas en relación al VIH.

### **3.- PROPOSITO DEL ESTUDIO**

#### **3.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Por lo referido en el apartado anterior sobre la contextualización del VIH/SIDA en los adolescentes que acuden al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de la ciudad de Caracas y al revisar las publicaciones existentes acerca de los conocimientos, las actitudes discriminatorias y los comportamientos de riesgo ante el VIH/SIDA propusimos la siguiente pregunta de investigación:

¿Los adolescentes venezolanos tienen suficientes conocimientos acerca de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) para evitar comportamientos de riesgo y actitudes discriminatorias?

#### **3.2.- OBJETIVO GENERAL**

Por lo antes señalado el objetivo del presente trabajo es evaluar los conocimientos que poseen los adolescentes escolarizados de la ciudad de Caracas sobre la infección por VIH/SIDA, identificar actitudes discriminatorias y estigmatizantes hacia las personas que viven con esta infección y conocer cuales son los comportamientos de riesgo para adquirir VIH en estos adolescentes.

#### **3.3.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

a.- Conocer la incidencia de VIH/SIDA en adolescentes que asisten al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico Universitario de la ciudad de Caracas-Venezuela, para establecer edades, estrato socioeconómico y género con mayor porcentaje de incidencia de VIH/SIDA.

b.- Evaluar los conocimientos que poseen los adolescentes venezolanos escolarizados en la ciudad de Caracas (Distrito Capital) sobre la infección por VIH/SIDA.

c.- Conocer cuales son los comportamientos de riesgo para adquirir VIH en adolescentes venezolanos escolarizados en la ciudad de Caracas (Distrito Capital).

d.- Identificar actitudes discriminatorias y estigmatizantes que puedan presentar los adolescentes venezolanos escolarizados en la ciudad de Caracas (Distrito Capital) hacia las personas que viven con esta infección.

## 4.- METODOLOGÍA

### 4.1.- DELINEAMIENTO GENERAL DEL ESTUDIO.

Al no conocer la situación concreta que se presenta, en la ciudad de Caracas, acerca de los conocimientos, las actitudes discriminatorias y los comportamientos de riesgo ante el VIH/SIDA que tienen los adolescentes se decidió hacer un estudio de caso de naturaleza exploratoria.

Yin (1994) define un *estudio de caso*<sup>31</sup> como “una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes”.

Además hace énfasis en que una investigación de estudio de caso trata exitosamente una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas variables de interés y datos observacionales y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación, además se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de los datos (Yin, 1994).

El *estudio de caso exploratorio* permite a los evaluadores apreciar mejor los contextos locales, la realidad de la puesta en práctica de los programas evaluados, y eventualmente sus resultados o la dificultad de medirlos. Aportando esta información clave, este tipo de estudio suministra las bases para el desarrollo del cuestionamiento y de los métodos de investigación que hay que poner en práctica más adelante (Yin, 1994).

---

<sup>31</sup> Un estudio de caso es un método de aprendizaje acerca de una situación compleja; se basa en el entendimiento comprensivo de dicha situación el cual se obtiene a través de la descripción y análisis de la situación la cual es tomada como un conjunto y dentro de su contexto (Morra & Friedlander, 2001).

## 4.2.- PROCEDIMIENTOS Y CALENDARIO

El tiempo empleado para la realización del estudio fue de un año y tres meses. Entre los meses de diciembre del 2007 y febrero del 2008 se efectuó la cuantificación de los adolescentes que viven con VIH que asisten al Hospital Clínico Universitario de la Universidad Central de Venezuela.

Una vez culminado el proceso de cuantificación, se procedió a realizar la medición de la tasa de prevalencia de VIH/SIDA de estos adolescentes y obtener los porcentajes de distribución según género, edad, nivel socioeconómico y preferencias sexuales.

Paralelo a este procedimiento, se realizó la revisión inicial de la literatura nacional e internacional para delimitar la problemática del estudio.

Entre los meses de febrero y abril del 2008 se comenzó la revisión de las Encuestas de Vigilancia del Comportamiento contenidas en los manuales para encuestadores de la Family Health International (FHI) y los cuestionarios sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del programa sobre SIDA de la OMS (WHO Global Program on AIDS, 1990) con la finalidad de construir un cuestionario de autoadministración adecuado para medir los conocimientos sobre la infección por VIH, las actitudes discriminatorias que pudiesen presentar ante las personas que viven con esta infección y los comportamientos de riesgos practicados por los adolescentes venezolanos.

Luego de la construcción del instrumento, se procedió a contactar a un educador, un psicólogo y un médico internista con especialización en infectología que trabajasen con personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela y que estuviesen involucrados en la investigación social, para que realizaran la validación del instrumento.

Estos expertos fueron: la Profesora Lisette Poggioli, directora del postgrado de educación de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) de la ciudad de Caracas; el Doctor Igor Colina, ex decano de la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela y director de la consulta psicológica del Centro de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas (CAPEI) "Dra. Elsa La Corte" de la Facultad de Odontología de la misma universidad; el Doctor Martín Carballo, coordinador del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico

Universitario de la Ciudad de Caracas; y el Doctor Eduardo Figueira, director del departamento de Sociología de la Universidade de Évora y tutor de este trabajo.

Una vez obtenido el instrumento, en el mes de mayo del 2008, se procedió a realizar un estudio piloto en un plantel educativo no incluido en la investigación. La información fue vertida en el visor de datos (data view) del programa estadístico SPSS 16.0 para Mac. con la finalidad de realizar el análisis de fiabilidad del instrumento.

El resultado de este primer ensayo arrojó una fiabilidad baja para el instrumento (esto se explica en el apartado “Instrumentos”, pp. 49) y se procedió a una reestructuración del mismo y a una nueva revisión por parte de los expertos para su validación.

El nuevo instrumento fue aplicado en un plantel educativo diferente al anterior, no incluido en la investigación, entre los meses de junio y julio del 2008. De igual manera que con el instrumento anterior, la información fue vertida en el paquete estadístico y se realizó el análisis de fiabilidad, arrojando un resultado positivo en esta oportunidad.

Una vez aceptado el instrumento a ser utilizado, se procedió, en el mes de julio del 2008, a seleccionar la muestra y a aplicar el instrumento definitivo a los adolescentes de los planteles educativos concertados. Este proceso se realizó entre los meses de agosto y noviembre del 2008.

Luego de aplicado el instrumento a la muestra final, se procedió a verter la información en el visor de datos (data view) del programa estadístico SPSS 16.0 para Mac. y realizar los tratamientos estadísticos adecuados para la obtención de los resultados y proceder a hacer el análisis e interpretación de dichos resultados.

Tabla 3. Calendario de procedimientos realizados.

PROCEDIMIENTO REALIZADO	FECHA	TIEMPO
Cuantificación de adolescentes VIH/SIDA del Hospital Clínico Universitario de Caracas.	Diciembre 2007 Febrero 2008	3 meses
Porcentajes de distribución por: Género, edad, nivel socio económico y preferencia sexual.	Diciembre 2007 Febrero 2008	3 meses
Medición de la tasa de prevalencia de VIH/SIDA en los adolescentes del Municipio Libertador – Caracas.	Diciembre 2007 Febrero 2008	3 meses
Revisión bibliográfica inicial.		

PROCEDIMIENTO REALIZADO	FECHA	TIEMPO ESTIMADO
Revisión bibliográfica para delimitar los datos necesarios para la construcción del cuestionario.	Febrero 2008 Abril 2008	3 meses
Revisión del instrumento inicial. Validez del instrumento inicial.	Febrero 2008 Abril 2008	3 meses
Aplicación del instrumento a grupo de adolescentes. Estudio Piloto.	Mayo 2008	1 mes
Análisis estadístico para verificar la fiabilidad del instrumento.	Mayo 2008	1 mes
Reformulación y adaptación del instrumento. Validez del instrumento final.	Mayo 2008 Junio 2008	2 meses
Aplicación del nuevo instrumento. Estudio Piloto.	Junio 2008 Julio 2008	2 meses
Análisis estadístico para verificar la fiabilidad del nuevo instrumento.	Julio 2008	1 mes

PROCEDIMIENTO REALIZADO	FECHA	TIEMPO ESTIMADO
Selección de la muestra.	Julio 2008	1 mes
Aplicación del instrumento definitivo.	Agosto 2008 Noviembre 2008	4 meses
Obtención de los resultados.	Diciembre 2008 Enero 2009	2 meses
Análisis e interpretación de los resultados.	Febrero 2009 Marzo 2009	2 meses

### 4.3.- GRUPO DE ESTUDIO Y MUESTRA

El grupo objetivo definido para el presente estudio, como fue indicado, es constituido por jóvenes adolescentes entre los 13 y los 18 años de edad de tres estratos socioeconómicos (bajo, medio y alto). Para este efecto fueron seleccionadas tres escuelas correspondientes a los tres estratos socioeconómicos. La razón de esta decisión se basó en el hecho de que algunos autores refieren que los conocimientos, los comportamientos de riesgo y las actitudes discriminatorias pueden ser diferentes en función del estrato económico.

A partir del estudio preliminar efectuado en la ciudad de Caracas y de la validación del cuestionario, se concluyó que el nivel de error adecuado para calcular

la muestra es de 0,053. Para calcular la muestra se usó la fórmula para estimar proporciones de la población (Sheaffer, Mendenhall & Ott, 1990):

$$n = \frac{N \times p \times q}{(N-1) \times D + p \times q}$$

Donde:

$$D = \frac{B^2}{4}$$

Y:

$$q = 1 - p$$

Donde, N es la población total de adolescentes que vive en la ciudad de Caracas que se estableció en 382.061 y B el nivel de error adecuado que se estableció en 0,053. Entonces se deduce que:

$$n = \frac{95515,25}{268,551635} = 355,668101$$

El tamaño de la muestra fue establecida por aproximación en 360 sujetos para permitir construir tres grupos de igual dimensión (120 adolescentes de cada estrato socioeconómico. Finalmente en el estudio participaron solo 240 adolescentes ya que los colegios de estrato socioeconómico alto, que se había estimado formarían parte del estudio, negaron su participación en el mismo.

De esta forma la muestra fue constituida por 240 sujetos (120 pertenecen al estrato socioeconómico bajo y 120 al medio). Fueron incluidos en la muestra, varones y mujeres adolescentes de 13 a 18 años de edad, de noveno grado de educación básica y cuarto y quinto año de educación media diversificada.

Los colegios fueron elegidos por estratos socioeconómicos alto, medio y bajo, de acuerdo con los indicadores físicos de las instituciones y su entorno, aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y el Desarrollo (MPPPD, 2007) del Gobierno Bolivariano de Venezuela.

De esta forma los colegios participantes en el estudio, ubicados por zonas educativas identificadas con los planes y lineamientos nacionales del Ministerio del Poder Popular de Educación (MPPE), presentaban la misma estructura física, edificios amplios con más de 2 aulas por grado escolar, áreas de esparcimiento como canchas deportivas y comedor o cantina; así mismo presentaban una estructura académica similar, con los 3 niveles educativos: pre-escolar, educación básica y educación diversificada.

#### **4.4.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

Las variables utilizadas en este estudio fueron: (1) Los comportamientos de riesgo para adquirir la infección por el VIH que pueden mostrar los adolescentes; (2) Los conocimientos que los adolescentes poseen sobre las formas de infección por el VIH; y (3) las actitudes discriminatorias que pueden presentar hacia las personas que viven con VIH.

En el marco de la epidemia de VIH/SIDA, el *riesgo* se define como la probabilidad de que una persona pueda infectarse con el VIH. En este sentido, determinados tipos de comportamientos crean, aumentan y perpetúan ese riesgo (UNAIDS, 2008a).

Se utiliza el concepto *factor de riesgo* para designar aquellos factores que, por estar en la cadena causal, aumentan la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad o daño específico (Rasmussen et al, 2003).

Así, consideramos entonces que, los factores de riesgo pueden corresponder a factores individuales, como ciertos comportamientos interpersonales, que facilitan o permiten el contagio o la transmisión de infecciones de transmisión sexual, estos factores individuales los denominaremos *comportamientos de riesgo*.

Los *comportamientos de alto riesgo* comprenden las relaciones sexuales sin protección con una persona cuyo estado serológico con respecto al VIH se desconoce, las relaciones sexuales promiscuas sin protección, el consumo de drogas por vía intravenosa con agujas compartidas y el incumplimiento de las directrices para prevenir la infección facilitadas por el personal de salud (UNAIDS, 2008a). Este indicador es importante ya que la propagación del VIH depende, en gran medida de

las relaciones sexuales no protegidas entre personas que tienen un gran número de parejas (simultáneas o consecutivamente) (UNAIDS, 2008b).

El *inicio temprano de las relaciones sexuales coitales* es utilizado como un indicador importante para los comportamientos de riesgo. Un objetivo importante en muchos países es intentar que los adolescentes aplacen la edad de su primera relación sexual y desalentar la actividad sexual prematrimonial con la finalidad de reducir el posible riesgo de exposición al VIH (UNAIDS, 2008b).

En relación al *consumo de alcohol y drogas*, por ser estos conductos a comportamientos de riesgo (Bonomo et al, 2001), son considerados entre los indicadores de comportamientos de riesgo.

El *uso constante y sistemático del preservativo* presenta relación con todos los comportamientos de riesgo señalados con anterioridad. El uso del preservativo durante la primera relación sexual y las relaciones sexuales siguientes, así como en los usuarios de drogas inyectables, constituye un marcador importante en la reducción de la epidemia (UNAIDS, 2008b).

El *conocimiento* es definido como las competencias adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación y por medio de la comprensión teórica o práctica. La *adquisición del conocimiento* implica procesos cognitivos complejos como la percepción, la comunicación, la asociación y el razonamiento (Ruiz, 2006).

En relación al *conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH*, se considera que son indispensables para la adopción de comportamientos que reduzcan el riesgo de infección y para la reducción actitudes estigmatizantes y discriminatorias. Los conocimientos que se poseen sobre el VIH, se enmarcan en el hecho de que, la epidemia por este virus se perpetúa, fundamentalmente, a través de la transmisión de la infección a generaciones sucesivas de jóvenes. En este sentido, un conocimiento sólido acerca del VIH es una condición indispensable para la adopción de comportamientos que reducen el riesgo de transmisión (UNAIDS, 2008b).

A este respecto, la creencia de que una persona de aspecto saludable no puede estar infectada por el VIH o de que el virus se transmite por medio de la picadura de un mosquito, se consideran ideas erróneas comunes que puede dar lugar a relaciones sexuales no protegidas. De igual forma, la creencia de que el virus puede transmitirse compartiendo alimentos, refuerza el estigma al que se enfrentan las personas que viven con VIH (UNAIDS, 2008b).

El *estigma* es descrito como un proceso de devaluación que desacredita significativamente a una persona ante los ojos de los demás (Goffman, 1963).

La *discriminación* es definida como cualquier forma de exclusión o restricción que afecta a una persona por su pertenencia a un grupo determinado (UNAIDS, 2000).

En el ámbito de la epidemia, UNAIDS (2007), define el estigma y la discriminación en relación con el VIH como:

“... un proceso de desvalorización de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida [...] La discriminación se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su estado serológico real o percibido en relación con el VIH” (UNAIDS, 2007, pp. 9).

De esta forma, las actitudes estigmatizantes están asociadas con la negación del riesgo y una menor probabilidad de adoptar comportamientos preventivos. Tanto el temor al estigma como las creencias estigmatizantes, perpetúan la noción de que el VIH sólo le sucede a los demás y aleja a los adolescentes de la práctica de comportamientos sexuales seguros.

#### **4.5.- INSTRUMENTOS**

El cuestionario empleado confidencial, anónimo y autoadministrado; fue creado a partir del cuestionario sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas del programa sobre SIDA de la OMS (WHO Global Program on AIDS, 1990) y las Encuestas de Vigilancia del Comportamiento de la Family Health International (FHI, 2000); 30 preguntas fueron estructuradas, en un cuestionario inicial, en cuatro partes: 1) datos socioeconómicos; 2) consumo de alcohol y drogas, antecedentes sexuales y uso del preservativo; 3) conocimientos sobre la infección por VIH y sobre el SIDA, y 4) actitudes discriminatorias ante las personas que viven con VIH/SIDA. Este cuestionario inicial fue revisado por un educador, un psicólogo, un sociólogo y un médico internista experto en infectología, con experiencia con personas que viven con VIH/SIDA e involucrados en investigación social. Se realizó un estudio piloto con 30

adolescentes de una unidad educativa no incluida en el estudio con la finalidad de realizar una exploración previa de los factores en los que se concentra nuestra investigación y vislumbrar algunas características propias de la población objeto de estudio, que se tomaron en cuenta para la formulación de un nuevo cuestionario.

Esta exploración inicial tuvo como propósito familiarizarnos con el lenguaje que utilizan los adolescentes, para luego poder formular las preguntas del cuestionario definitivo, de forma comprensible y adecuada.

Una vez realizado el estudio piloto se procedió a verificar la confiabilidad del instrumento utilizado, con la finalidad de verificar en que grado el instrumento puede medir lo que se pretende medir y si podíamos tener confianza en los datos obtenidos.

La confiabilidad del instrumento fue estimada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, tomando como base que el valor de este coeficiente aumenta cuando las correlaciones ítem-total son altas y por ello, mejores correlaciones dan mayor fiabilidad al instrumento (Merino & Lautenschlager, 2003).

Se procedió a insertar los datos en el programa estadístico SPSS 16.0 y se obtuvo el siguiente resultado (Tabla 4):

- Para las preguntas de conocimientos y opiniones ante el VIH/SIDA el  $\alpha$  de Cronbach = 0,521.
- Para las preguntas sobre actitudes de estigma y discriminación el  $\alpha$  de Cronbach = 0,544.

Se evidencia que la confiabilidad del instrumento es baja, por este motivo se decidió reformular estas preguntas y eliminar aquellas que podía entorpecer los resultados.

Tabla 4. Resultados del análisis de fiabilidad realizado al primer instrumento utilizado en el estudio piloto.

**Reliability Statistics**

Items CAOVIH12 al CAOVIH26

Cronbach's Alpha	N of Items
,521	15

**Reliability Statistics**

Items ED27 al ED30

Cronbach's Alpha	N of Items
,544	4

ITEM	Media Ítem (SD)	Correlación ítem total con el total de la escala	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH12)	2,00 (.816)	,608	,414
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH13)	4,00 (1,155)	,358	,459
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH14)	1,50 (.577)	,332	,490
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH15)	2,75 (1,258)	,445	,424
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH16)	1,75 (.957)	-,704	,694
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH17)	1,25 (.500)	-,552	,600
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH18)	2,75 (.957)	-,522	,662
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH19)	3,25 (.500)	,980	,404
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH20)	2,00 (.816)	-,089	,565
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH22)	2,50 (1,000)	,278	,486
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH24)	1,50 (.577)	,620	,445
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH25)	1,25 (.5000)	,980	,404
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIH26)	1,75 (1,500)	,965	,132

ITEM	Media Ítem (SD)	Correlación ítem total con el total de la escala	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Estigma y Discriminación (ED27)	2,48 (1,415)	-,052	,676
Estigma y Discriminación (ED28)	3,81 (1,389)	,431	,229
Estigma y Discriminación (ED29)	3,20 (1,408)	,331	,535
Estigma y Discriminación (ED30)	4,06 (1,296)	,455	,520

Se reformularon las partes de conocimientos y discriminación, nuevamente fue revisado por los expertos y se decidió cambiar el tipo de escala Likert y eliminar algunas preguntas que se consideraban redundantes. Este nuevo instrumento fue aplicado otra vez a 30 adolescentes de una unidad educativa diferente de la anterior no incluida en el estudio, obteniéndose el siguiente resultado (Tabla 5):

- Para las preguntas de conocimientos y opiniones sobre el VIH/SIDA el  $\alpha$  de Cronbach = 0,750.
- Para las preguntas sobre actitudes de estigma y discriminación el  $\alpha$  de Cronbach = 0,876.

El valor obtenido denota la consistencia y coherencia interna del instrumento y, por tanto, la considerable fiabilidad que posee.

El cuestionario final, constó de 20 preguntas estructuradas de la siguiente manera: 1) datos socioeconómicos; 2) consumo de alcohol y drogas, antecedentes sexuales y uso del preservativo; 3) conocimientos sobre la infección por VIH y sobre el SIDA, y 4) actitudes discriminatorias ante las personas que viven con VIH/SIDA, fue administrado a los adolescentes, dentro de las aulas de clase, previo consentimiento informado de los padres o tutores y de los directores de las instituciones, y la participación de los adolescentes se condicionó a ser voluntaria. Cabe señalar que ningún padre o tutor y ningún adolescente declino participar en el estudio.

Tabla 5. Resultados del análisis de fiabilidad realizado al segundo instrumento utilizado en el estudio piloto.

<b>Reliability Statistics</b>	
Items CAOVIH13.1 al CAOVIH16	
Cronbach's Alpha	N of Items
,750	11

<b>Reliability Statistics</b>	
Items ED17 al ED20	
Cronbach's Alpha	N of Items
,876	4

ITEM	Media Ítem (SD)	Correlación ítem total con el total de la escala	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.1)	2,13 (1,62)	,660	,878
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.2)	3,22 (1,85)	,713	,825
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.3)	3,60 (1,67)	,530	,761
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.4)	2,73 (1,30)	,776	,830
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.5)	3,34 (1,44)	,723	,875
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.6)	2,18 (1,33)	,688	,883
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.7)	2,40 (1,22)	,608	,782
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH13.8)	3,50 (1,49)	,805	,825
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH14)	3,76 (1,66)	,798	,870
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH15)	3,43 (1,39)	,786	,870
Conocimientos, actitudes y opiniones sobre VIH (CAOVIIH16)	2,83 (1,06)	,632	,767

ITEM	Media Ítem (SD)	Correlación ítem total con el total de la escala	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Estigma y Discriminación (ED17)	2,88 (1,36)	,616	,885
Estigma y Discriminación (ED18)	3,88 (1,30)	,736	,842
Estigma y Discriminación (ED19)	3,43 (1,44)	,786	,820
Estigma y Discriminación (ED20)	3,50 (1,48)	,807	,812

#### 4.6.- ANÁLISIS DE LOS DATOS

Con la finalidad de intentar dar respuesta a la pregunta inicial y cumplir con los objetivos del estudio, se decidió realizar cuatro tipos de análisis de los datos obtenidos en los instrumentos aplicados a los adolescentes:

a.- Un análisis descriptivo, el cual se realizó fundamentalmente para caracterizar la muestra.

b.- Un análisis comparativo usando las variables edad, género y estrato socioeconómico, las cuales son referidas por varios autores como variables discriminatorias relativo al conocimiento, los comportamientos de riesgo y las actitudes discriminatorias.

c.- Un análisis de las tres variables fundamentales del estudio (comportamientos de riesgo, conocimientos y actitudes discriminatorias) para verificar la importancia relativa de cada uno de los ítems que constituyen la escala de medida de cada una de las variables. Para medir la importancia relativa de cada uno de los ítems estas variables se utilizaron los Test de Friedman (para variables con escala ordinal con más de 3 puntos) (Pestana & Gageiro, 2003) y de Kendall's (variables con escala ordinal con dos puntos) (Statistics Solutions, 2009).

d.- Un análisis para estudiar la asociación entre la variable conocimientos y las variables comportamientos de riesgo y actitudes discriminatorias. Para este fin, se correlacionaron los ítems más importantes de cada variable que fueron estimados por los análisis con los test de Friedman y de Kendall's referidos en c.

Todos los análisis se efectuaron con un Intervalo de Confianza de 95%.

## 5.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1.- INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA.

De los 240 adolescentes, 120 (50 %) fueron varones y 120 (50%) fueron mujeres. El 50% pertenecieron al estrato socioeconómico medio y el 50% al estrato socioeconómico bajo.

La proporción de adolescentes por grupos de edad en años cumplidos (Grafico 8) fue la siguiente: 13 (2,5%), 14 (13,3%), 15 (30,8%), 16 (23,3%), 17 (21,7%) y 18 (8,3%).

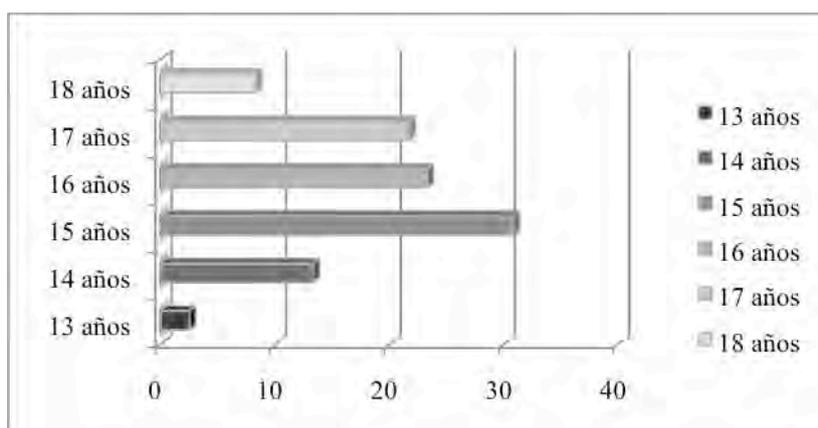


Gráfico 8. Proporción de adolescentes por grupos de edad en años cumplidos.

La edad mínima registrada fue de 13 años y la máxima de 18 años. La media de edad fue 16 años y la moda fue de 15 años.

El 92,4% de la muestra se conformó por estudiantes de tiempo completo y el 7,6% estudian y trabajan. El porcentaje de adolescentes que trabajan y estudia según estrato socioeconómico fue de 2,6% para el estrato bajo y 12,5% para el estrato medio (Tabla 6).

Tabla 6. Proporción de adolescentes que estudian y trabajan según estrato socioeconómico (ISDA2).

**Estrato Socioeconómico \* ISDA2. Cross tabulation**

			ISDA2		
			Si	No	Total
Estrato Socioeconómico	Bajo	Count	3	113	116
		% Within Estrato Socioeconómico	2,6%	97,4%	100,0%
	Medio	Count	15	105	120
		% Within Estrato Socioeconómico	12,5%	87,5%	100,0%
Total		Count	18	218	236
		% Within Estrato Socioeconómico	7,6%	92,4%	100,0%

La educación de estos adolescentes de forma general es pagada por la madre (52,3%) o el padre (43%). En relación a la pregunta ¿Con quién vive? (ISDA3), el 94,6% de los adolescentes refirió vivir con ambos padres (Tabla 7).

Tabla 7. Proporción de adolescentes que viven con sus padres, parientes o amigos (ISDA3).

**ISDA3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Padres	227	94,6	94,6	94,6
Parientes	12	5,0	5,0	99,6
Amigos	1	0,4	0,4	100,0
Total	240	100,0	100,0	

## 5.2.- CONOCIMIENTOS ACERCA DEL VIH/SIDA

En relación al conocimiento, por parte de los adolescentes, de la infección por el VIH o la enfermedad llamada SIDA el 97,5% de las mujeres y el 93,3% de los varones manifestaron tener conocimiento (Tabla 8).

Tabla 8. Proporción de adolescentes que manifiestan conocer o desconocer el VIH o la enfermedad llamada SIDA por género.

**Crosstab**

			Conoce el VIH o la enfermedad llamada SIDA		
			No conozco	Si conozco	Total
Género Femenino	Count	3	116	119	
	% Within Género	2,5%	97,5%	100,0%	
Masculino	Count	8	111	119	
	% Within Género	6,7%	93,3%	100,0%	
Total	Count	11	227	238	
	% Within Género	4,6%	95,4%	100,0%	

De igual forma, los adolescentes de ambos estratos socioeconómicos (98,3% para el estrato bajo y 92,5% para el estrato medio) manifestaron tener conocimiento de el virus o la enfermedad (Tabla 9).

De estos resultados se deduce que ambos géneros y ambos estratos socioeconómicos han recibido algún tipo de información sobre la infección.

Tabla 9. Proporción de adolescentes que manifiestan conocer o desconocer el VIH o la enfermedad llamada SIDA por estrato socioeconómico.

**Crosstab**

			Conoce el VIH o la enfermedad llamada SIDA		
			No conozco	Si conozco	Total
Estrato Socioeconómico	Bajo	Count	2	116	118
		% Within Estrato Socioeconómico	1,7%	98,3%	100,0%
	Medio	Count	9	111	120
		% Within Estrato Socioeconómico	7,5%	92,5%	100,0%
Total		Count	11	227	238
		% Within Estrato Socioeconómico	4,6%	95,4%	100,0%

La mayoría de los adolescentes en este estudio identificaron de forma correcta las tres principales vías de transmisión del VIH. En este estudio se tomaron como vías principales de transmisión del virus las relaciones sexuales anales (Tabla 10), relaciones sexuales vaginales y el uso de jeringas para drogas intravenosas.

Tabla 10. Proporción de adolescentes que identificaron las relaciones sexuales anales como una de las principales vías de transmisión del VIH.

**Transmisión del VIH por relaciones sexuales anales (CAOVIIH13.3)**

		Frequency	Valid Percent
Valid	Incorrecta	40	16,8
	Correcta	172	72,3
	NS/NC	26	10,9
	Total	238	100,0
Missing	77	2	
Total		240	

Los resultados obtenidos en este estudio sobre el conocimiento de los adolescentes del VIH y la enfermedad llamada SIDA y la identificación favorable de las tres principales vías de transmisión no concuerda con lo observado en el estudio de Macchi et al (2008), donde se manifiesta que aunque los jóvenes refieren haber oído hablar sobre el VIH/SIDA, la mayoría de ellos no pueden identificar tres formas de transmisión.

En el presente estudio se pretendió observar si la importancia indicada por otros autores es la misma, para este objetivo se utilizó el Test de Friedman para jerarquizar los ítems (Tabla 11). A partir de esto se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 11. Rango de medias de importancia de las preguntas de conocimiento y significancia estadística del Test de Friedman.

Ranks		Test Statistics <sup>a</sup>	
	Mean Rank	N	
CAOVIIH13.4	8,27	227,000	
CAOVIIH16	7,69	Chi-Square	850,656
CAOVIIH13.6	7,66	df	10,000
CAOVIIH13.3	7,28	Asymp. Sig.	,000
CAOVIIH14	7,26		
CAOVIIH13.5	6,87		
CAOVIIH15	5,73		
CAOVIIH13.8	4,66		
CAOVIIH13.7	4,08		
CAOVIIH13.2	3,46		
CAOVIIH13.1	3,12		

a. Friedman Test

Con base en los tres más importantes y el menos importante se estudió la diferencia entre grupos usando la edad, el género y el estrato socioeconómico como variables discriminantes.

Los conocimientos que resultaron ser más importantes fueron la transmisión del VIH por relaciones sexuales vaginales (CAOVIIH 13.4), la transmisión del VIH de

la madre al hijo (CAOVIIH 16) y la transmisión del VIH a través del uso de jeringas para drogas intravenosas (CAOVIIH 13.6) y la menos importante fue la transmisión del VIH a través de un beso en la mejilla (CAOVIIH 13.1).

Se evidenció que no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA entre géneros (Mann-Whitney U,  $p > 0,05$ ), lo cual significa que los conocimientos son iguales en varones y en mujeres (Tabla 12).

Tabla 12. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre conocimientos y género.

	CAOVIIH13.4	CAOVIIH16	CAOVIIH13.6	CAOVIIH13.1
Mann-Whitney U	7106,000	7099,000	6376,500	6925,500
Wilcoxon W	14366,000	14359,000	13516,500	13946,500
Z	-,203	-,084	-1,233	-,211
Asymp. Sig. (2-tailed)	,839	,933	,218	,833

a. Grouping Variable: Género

Se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA entre grupos de edad (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ), lo cual significa que los conocimientos son diferentes entre los adolescentes menores de 15 años y los mayores de 15 años (Tabla 13).

Estos resultados no concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio de Dávila et al (2008), donde se reporta que no existen diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad.

Tabla 13. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre conocimientos y grupos de edad.

	CAOVIIH13.4	CAOVIIH16	CAOVIIH13.6	CAOVIIH13.1
Mann-Whitney U	6153,000	6127,500	5569,000	6343,000
Wilcoxon W	12481,000	12343,500	11455,000	12448,000
Z	-2,202	-1,994	-2,841	-1,425
Asymp. Sig. (2-tailed)	,028	,046	,004	,154

a. Grouping Variable: Edad

Al revisar los rangos medios por grupos de edad se observó que hay mayor conocimiento en los adolescentes mayores de 15 años (Tabla 14). Podemos afirmar entonces que los adolescentes mayores de 15 años presentan mayor interés, que los de menor edad, en conocer acerca de la infección por el VIH por lo cual disponen o procuran medios informativos para tal fin.

Tabla 14. Rangos medios de conocimientos por grupos de edad.

Edad	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CAOVIIH13.4 13-15	112	111,44	12481,00
16-18	128	128,43	16439,00
Total	240		
CAOVIIH16 13-15	111	111,20	12343,50
16-18	128	127,63	16336,50
Total	239		
CAOVIIH13.6 13-15	108	106,06	11455,00
16-18	128	128,99	16511,00
Total	236		
CAOVIIH13.1 13-15	110	113,16	12448,00
16-18	127	124,06	15755,00
Total	237		

De igual forma se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los conocimientos sobre VIH/SIDA entre estratos socioeconómicos (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ), lo cual significa que los conocimientos son diferentes entre los estratos bajo y medio (Tabla 15).

Tabla 15. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre conocimientos y estrato socioeconómico.

	CAOVIIH13.4	CAOVIIH16	CAOVIIH13.6	CAOVIIH13.1
Mann-Whitney U	5054,000	5353,000	3354,000	5721,000
Wilcoxon W	12314,000	12613,000	10494,000	12861,000
Z	-4,646	-3,640	-7,604	-2,878
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,004

a. Grouping Variable: Estrato Socioeconómico

Al revisar los rangos medios por estratos socioeconómicos se observó que hay mayor conocimiento en el estrato bajo (Tabla 16).

Tabla 16. Rangos medios de conocimientos por estratos socioeconómicos.

Estrato Socioeconómico	N	Mean Rank	Sum of Ranks	
CAOVIIH13.4	Bajo	120	138,38	16606,00
	Medio	120	102,62	12314,00
	Total	240		
CAOVIIH16	Bajo	119	135,02	16067,00
	Medio	120	105,11	12613,00
	Total	239		
CAOVIIH13.6	Bajo	117	149,33	17472,00
	Medio	119	88,18	10494,00
	Total	236		
CAOVIIH13.1	Bajo	119	108,08	12861,00
	Medio	118	130,02	15342,00
	Total	237		

Estos hallazgos no concuerdan con lo reportado en otros estudios donde los autores manifiestan un mayor grado de conocimiento en adolescentes varones y en estratos socioeconómicos medios y altos, así como un menor grado de conocimientos asociado a los grupos minoritarios y con bajos niveles de escolaridad (García, 2001; Flores-Palacios & Layva-Flores, 2003; Dávila et al, 2008).

Una posible explicación a estos resultados es que en Venezuela, los planteles educativos públicos y gratuitos, es decir, aquellos colegios donde la mayoría de los estudiantes pertenecen a los estratos bajos, están obligados por la Ley de Educación Básica y Media de Venezuela a impartir clases de educación sexual y de riesgo de contagio de VIH/SIDA<sup>32</sup> a sus alumnos a partir de los últimos grados del ciclo básico, por el contrario, los colegios privados, tienen la libertad de decidir, a través de la junta de padres y representantes, si estas clases serán o no impartidas en el plantel.

### **5.3.- COMPORTAMIENTOS DE RIESGO.**

En relación con el consumo de alcohol, el 40,4% de los adolescentes refirieron no consumir bebidas alcohólicas. En los adolescentes de estrato socioeconómico bajo se reportó que un 41,4% consumen alcohol una vez al mes y el 27,9% refirieron no consumir bebidas alcohólicas. En contraposición, en los adolescentes de estrato socioeconómico medio, el 52,1% reportaron no consumir bebidas alcohólicas y el 18,8% refirieron consumir bebidas alcohólicas una vez al mes (Tabla 17).

---

<sup>32</sup> El currículo del subsistema de educación secundaria del Ministerio del Poder Popular para la Educación de Venezuela, presenta una materia llamada “Ser humano y su interacción con otros componentes del ambiente”, la cual forma parte del componente “El ser humano con sus semejantes y otros seres vivos” donde se enfatiza, en uno de sus objetivos, la prevención de infecciones virales transmisibles (VIH/SIDA, dengue, VPH) y no transmisibles (cardiovasculares y diabetes) (Ministerio del Poder Popular para la Educación, 2007).

Tabla 17. Proporción de adolescentes que consumen bebidas alcohólicas (CR4) según estrato socioeconómico.

**Estrato Socioeconómico \* CR4 Crosstabulation**

			Consumo de bebidas alcohólicas				
			Todos los días	1 vez por semana	1 vez al mes	No bebo	Total
Estrato Socioeconómico	Bajo	Count	2	32	46	31	111
		% Within Estrato Socioeconómico	1,8%	28,8%	41,4%	27,9%	100,0%
	Medio	Count	5	29	22	61	117
		% Within Estrato Socioeconómico	4,3%	24,8%	18,8%	52,1%	100,0%
Total		Count	7	61	68	92	228
		% Within Estrato Socioeconómico	3,1%	26,8%	29,8%	40,4%	100,0%

En relación al consumo de drogas, el 66% de los adolescentes reportaron no consumir ningún tipo de drogas. De los que refirieron consumir drogas, el 72% reportaron consumo de marihuana y el 28% éxtasis. En los adolescentes de estrato socioeconómico bajo, el 24,6% reportaron consumir algún tipo de drogas y de estos, el 76,7% reportaron consumo de marihuana y el 24,6% éxtasis. En contraposición, en los adolescentes de estrato socioeconómico medio, el 43,3% reportaron consumir algún tipo de drogas y de estos, el 69,2% reportaron consumo de marihuana y el 30,8% éxtasis (Tabla 18).

Los resultados obtenidos en relación al bajo consumo de alcohol y drogas puede explicarse por el hecho de que los colegios venezolanos cuentan con un subprograma que aspira evitar la iniciación del consumo de alcohol y tabaco, dificultar su acceso y disminuir el consumo de cigarrillos, drogas y alcohol entre los niños y adolescentes del país.

Tabla 18. Proporción de adolescentes que consumen drogas (CR5) según estrato socioeconómico.

**Estrato Socioeconómico \* CR5 Crosstabulation**

		Consumo de drogas			
		Si	No	Total	
Estrato Socioeconómico	Bajo	Count	29	89	118
		% within Estrato Socioeconómico	24,6%	75,4%	100,0%
	Medio	Count	52	68	120
		% within Estrato Socioeconómico	43,3%	56,7%	100,0%
Total		Count	81	157	238
		% within Estrato Socioeconómico	34,0%	66,0%	100,0%

La proporción de adolescentes que dijeron tener relaciones sexuales coitales fue mayor entre varones (63%) que entre mujeres (55%). No hubo diferencias significativas entre la proporción de quienes manifestaron tener relaciones sexuales coitales entre varones y mujeres, ni por grupos de edad ( $p > 0,05$ ) (Tabla 19).

Tabla 19. Proporción de adolescentes que manifestaron tener relaciones sexuales coitales por género.

**Género \* Edad inicio sexual Crosstabulation**

		Edad inicio sexual			
		<15	>15	Total	
Género Femenino		Count	61	5	66
		% Within Género	92,4%	7,6%	100,0%
Masculino		Count	68	8	76
		% Within Género	89,5%	10,5%	100,0%
Total		Count	129	13	142
		% Within Género	90,8%	9,2%	100,0%

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales coitales fue de 12 años para ambos estratos socioeconómicos y ambos géneros (Tabla 20).

Tabla 20. Proporción de adolescentes que han tenido su primera relación sexual por grupos de edad.

		Frequency	Valid Percent
Valid	< 15 años	129	91,0
	> 15 años	13	9,0
	Total	142	100,0
Missing	NR	1	
	NA	97	
	Total	98	
Total		240	100,0

La edad de inicio sexual encontrada en este estudio concuerda con lo reportado en estudios similares (Castillo & Balaguer, 2002; Gayet et al, 2003; Dourado et al, 2007; Mah & Halperin, 2008), quienes manifiestan que la edad de inicio de las relaciones sexuales en sus estudios estaban alrededor de los 14 años de edad.

Debemos hacer énfasis en que, aunque la edad de inicio sexual encontrada en este estudio tiene relación con lo reportado en estudios similares, está muy por debajo de la media encontrada por Dávila et al (2008), quien reportó que los 16 años es la edad de inicio sexual en adolescentes venezolanos.

En cuanto al uso del preservativo durante la primera relación sexual, el 83,3% de las mujeres y el 68,4% de los varones reportaron no haber usado preservativo (Tabla 21).

Tabla 21. Proporción de adolescentes que usaron preservativo durante su primera relación sexual por género.

		Uso preservativo primera relación sexual		
		Si	No	Total
Género Femenino	Count	11	55	66
	% Within Género	16,7%	83,3%	100,0%
Masculino	Count	24	52	76
	% Within Género	31,6%	68,4%	100,0%
Total	Count	35	107	142
	% Within Género	24,6%	75,4%	100,0%

Lo anterior concuerda con lo encontrado en varios estudios donde los adolescentes manifiestan no haber utilizado preservativo en su primera relación sexual (Villaseñor-Sierra et al, 2003; Franzetta et al, 2006). Una posible explicación a estos resultados es el hecho de que, como lo reporta Villaseñor-Sierra et al (2003), las relaciones sexuales sin preservativo suelen estar asociadas a los encuentros fortuitos y disociados relaciones más o menos estables.

Así mismo, Kennedy et al (2000) y Franzetta et al (2006) reportan que el acceso de los adolescentes al preservativo se ve, muchas veces, restringido debido a que estos son vendidos, por lo general, en establecimientos donde la dispensación del producto es realizada por el personal que labora en el mismo, situación que los adolescentes califican de “bochornosa”.

El uso constante del preservativo (“siempre”) durante las relaciones sexuales siguientes fue mayor en los varones (42,7%) que en las mujeres, quienes reportaron el uso del preservativo por su pareja (40,9%) (Tabla 22). No hubo diferencias significativas en relación con el uso constante del preservativo entre género ( $p > 0,05$ ).

Tabla 22. Uso constante del preservativo durante las relaciones sexuales siguientes por género.

		Crosstab					Total	
		AS10						
		Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre		
Género	Femenino	Count	21	2	5	11	27	66
		% Within Género	31,8%	3,0%	7,6%	16,7%	40,9%	100,0%
	Masculino	Count	22	3	9	9	32	75
		% Within Género	29,3%	4,0%	12,0%	12,0%	42,7%	100,0%
Total		Count	43	5	14	20	59	141
		% Within Género	30,5%	3,5%	9,9%	14,2%	41,8%	100,0%

En los adolescentes pertenecientes al estrato socioeconómico bajo el uso constante del preservativo fue mayor en varones (42,9%) que en las mujeres (11,1%), observándose diferencias significativas en cuanto al género en este estrato ( $p < 0,05$ ), y en los de estrato socioeconómico medio fue mayor en las mujeres (61,5%) que en los varones (42,6%). Considerando a adolescentes de uno u otro género, hubo una mayor frecuencia en el uso constante del preservativo en el estrato socioeconómico medio que en el bajo.

Los resultados encontrados en este trabajo en relación con el uso constante del preservativo entre adolescentes no concuerda con estudios anteriores donde se reporta un uso inconsistente del preservativo (Gutmacher et al, 1997; Kennedy et al, 2000; Villaseñor-Sierra et al, 2003).

Se reportó un número menor a 5 parejas sexuales en los últimos 12 meses en ambos géneros, 93,9% en las mujeres y 86,3% en los varones (Tabla 23). De igual forma se observó en ambos estratos socioeconómicos. En este sentido no hubo diferencias significativas por género ni por estrato socioeconómico ( $p > 0,05$ ).

Tabla 23. Proporción de parejas sexuales en los últimos 12 meses por género.

**Crosstab**

		Parejas sexuales últimos 12 meses		
		<5	>5	Total
Género Femenino	Count	62	4	66
	% Within Género	93,9%	6,1%	100,0%
Masculino	Count	63	10	73
	% Within Género	86,3%	13,7%	100,0%
Total	Count	125	14	139
	% Within Género	89,9%	10,1%	100,0%

De igual forma que el estudio anterior, se utilizó el Test de Kendall's para jerarquizar los ítems (Tabla 24). A partir de esto se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 24. Rango de medias de importancia de las preguntas de comportamientos de riesgo y significancia estadística del Test de Kendall's.

**Ranks**

	Mean Rank
AS9	5,58
CR5	4,54
AS10	4,46
CR4	4,00
AS11	3,27
AS8	3,22
AS7	2,93

**Test Statistics**

N	135,000
Kendall's W <sup>a</sup>	,317
Chi-Square	256,404
df	6,000
Asymp. Sig.	,000

a. Kendall's Coefficient of Concordance

Los comportamientos de riesgo que resultaron ser más importantes fueron el uso de preservativo durante la primera relación sexual (AS9), el consumo de drogas (CR5) y el uso del preservativo en las relaciones sexuales siguientes (AS10) y la menos importante fue las relaciones sexuales por primera vez (AS7).

No existen diferencias estadísticamente significativas respecto a los comportamientos de riesgo entre géneros (Mann-Whitney U,  $p > 0,05$ ), lo cual significa que los comportamientos de riesgo son iguales en varones y en mujeres (Tabla 25).

Se observó diferencia estadísticamente significativa en relación al uso del preservativo en la primera relación sexual, al revisar los rangos medios por género se observó que hay mayor uso del preservativo durante la primera relación sexual en las mujeres.

Tabla 25. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre comportamientos de riesgo y género.

	AS9	CR5	AS10	AS7
Mann-Whitney U	2134,000	6623,000	2403,000	6567,000
Wilcoxon W	5060,000	13644,000	4614,000	13707,000
Z	-2,049	-1,049	-,346	-1,259
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,040	0,294	0,729	0,208

a. Grouping Variable: Género

Esto concuerda con lo reportado por Eggleston (1999), Barnet et al (2004) y Ethier et al (2006) quienes destacan que la utilización del preservativo está fuertemente mediatizada por los modelos de relación observándose diferencias de género. A este respecto, los autores enfatizan que los adolescentes consideran más placenteras las relaciones sexuales sin preservativo, en contraposición con las adolescentes quienes desde muy temprano incorporan su uso como norma.

Se observan diferencias estadísticamente significativas respecto a los comportamientos de riesgo uso del preservativo en las relaciones sexuales siguientes (AS10) y si ha tenido relaciones sexuales (AS7) entre grupos de edad (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ), lo cual significa que estos comportamientos de riesgo son diferentes entre los adolescentes menores de 15 años y los mayores de 15 años (Tabla 26).

Tabla 26. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre comportamientos de riesgo y grupos de edad.

	AS9	CR5	AS10	AS7
Mann-Whitney U	2105,000	6274,000	1681,500	4656,000
Wilcoxon W	6858,000	14530,000	2716,500	12912,000
Z	-,455	-1,763	-2,462	-5,391
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,649	0,078	0,014	0,000

a. Grouping Variable: Edad

Al revisar los rangos medios por grupos de edad se observó que hay un mayor rango de primeras relaciones sexuales en los adolescentes menores de 15 años y un mayor rango de uso de preservativo en las relaciones sexuales siguientes en los adolescentes mayores de 15 años (Tabla 27).

Tabla 27. Rangos medios de comportamientos de riesgo por grupos de edad.

	Edad	N	Mean Rank	Sum of Ranks
AS7	13-15	111	142,05	15768,00
	16-18	128	100,88	12912,00
	Total	239		
AS10	13-15	45	60,37	2716,50
	16-18	96	75,98	7294,50
	Total	141		

Lo anterior, en relación con el uso del preservativo en adolescentes mayores de 15 años, concuerda con lo reportado por Cohn et al (1995) y Gayet et al (2003) quienes reportan que el uso del preservativo tiene mayores probabilidades de convertirse en habitual luego de las primeras relaciones sexuales y cuando el adolescente adquiere la madurez suficiente como para percatarse de las situaciones de riesgo.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los comportamientos de riesgo entre estratos socioeconómicos (Mann-Whitney U,  $p < 0,05$ ), lo cual significa que los comportamientos de riesgo son diferentes entre los estratos bajo y medio (Tabla 28).

Tabla 28. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre comportamientos de riesgo y estrato socioeconómico.

Test Statistics <sup>a</sup>				
	AS9	CR5	AS10	AS7
Mann-Whitney U	1826,000	5752,000	1391,000	5442,500
Wilcoxon W	3422,000	13012,000	5132,000	12702,500
Z	-3,255	-3,047	-4,789	-3,729
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,001	0,002	0,000	0,000

a. Grouping Variable: Estrato Socioeconómico

Al revisar los rangos medios por estratos socioeconómicos se observó que hay mayores comportamientos de riesgo en relación a las primeras relaciones sexuales (AS7), el consumo de drogas (CR5) y uso de preservativo en las relaciones sexuales siguientes (AS10) en el estrato bajo y mayores comportamientos de riesgo en relación al uso de preservativo en la primera relación sexual en el estrato medio (Tabla 29).

Varios estudios (Gillmore et al, 1992; Hallfors, 2005; Mazzaferro, 2006) reportan, que el uso de sustancias psicoactivas tiene estrecha relación con los comportamientos sexuales de riesgo. Además, señalan que, es más probable que los adolescentes de estratos socioeconómicos bajos y marginados, por el medio donde se encuentran inmersos, se inicien en el consumo temprano de estas sustancias que los adolescentes pertenecientes a estratos socioeconómicos más altos.

Tabla 29. Rangos medios de comportamientos de riesgo por estratos socioeconómicos.

Ranks				
Estrato Socioeconómico		N	Mean Rank	Sum of Ranks
AS7	Bajo	119	134,26	15977,50
	Medio	120	105,85	12702,50
	Total	239		
CR5	Bajo	118	130,75	15429,00
	Medio	120	108,43	13012,00
	Total	238		
AS9	Bajo	56	61,11	3422,00
	Medio	86	78,27	6731,00
	Total	142		
AS10	Bajo	55	88,71	4879,00
	Medio	86	59,67	5132,00
	Total	141		

#### 5.4.- ACTITUDES DISCRIMINATORIAS

En relación con las actitudes discriminatorias, al preguntar: si un amigo o persona cercana se infecta por el VIH, ¿seguiría usted tratándola?; si un maestro (a) está infectado (a) por el VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera enseñando?; y si un estudiante está infectado por el VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera asistiendo a clases?, la mayoría de los adolescentes respondieron que si estarían de acuerdo.

Sin embargo, al preguntar a los adolescentes si estarían dispuestos a comer con una persona que supieran que tiene VIH (ED17), las respuestas fueron bastante homogéneas entre si estarían de acuerdo o no (Tabla 30).

Tabla 30. Proporción de adolescentes que manifestaron estar dispuestos o no a comer con una persona que saben que tiene VIH.

		Frequency	Valid Percent
Valid	No	93	40,8
	Si	78	34,2
	Duda	57	25,0
	Total	228	100,0
Missing	77	12	
Total		240	

El resultado obtenido en esta pregunta contrasta con lo manifestado por Bayés et al (1998), donde se evidencia el temor que presentan las personas por una hipotética transmisión del virus a través de comportamientos habituales en la vida cotidiana.

Para relacionar las actitudes discriminatorias con la edad, el género y el estrato socioeconómico se aplicó el Test de Friedman para jerarquizar los ítems, sin embargo, se decidió utilizar los cuatro (Tabla 31). A partir de esto se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 31. Rango de medias de importancia de las preguntas de actitudes discriminatorias y significancia estadística del Test de Friedman.

	Mean Rank
ED 18	2,98
ED 20	2,57
ED 19	2,50
ED 17	1,95

N	228,000
Chi-Square	133,438
df	3,000
Asymp. Sig.	,000

a. Friedman Test

Las actitudes discriminatorias que resultaron ser más importantes fueron: Si un amigo o persona cercana se infecta de VIH, ¿seguiría usted tratándola? (ED18) y, Si un estudiante está infectado de VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera asistiendo a clases? (ED20) y la menos importante: ¿Estaría dispuesto a comer con una persona que usted supiera que tiene VIH? (ED17).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las actitudes discriminatorias por edad (Tabla 32), género (Tabla 33) y estrato socioeconómico (Tabla 34) (Mann-Whitney U,  $p > 0,05$ ).

Tabla 32. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre actitudes discriminatorias y edad.

Test Statistics <sup>a</sup>				
	ED17	ED18	ED19	ED20
Mann-Whitney U	6138,000	6360,500	6331,000	6386,000
Wilcoxon W	13398,000	13620,500	13591,000	12381,000
Z	-,703	-,504	-,549	-,318
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,482	0,614	0,583	0,750

a. Grouping Variable: Edad

Tabla 33. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre actitudes discriminatorias y género.

Test Statistics <sup>a</sup>				
	ED17	ED18	ED19	ED20
Mann-Whitney U	5643,500	6562,500	6203,500	6256,500
Wilcoxon W	12198,500	13117,500	12758,500	12811,500
Z	-1,754	-,104	-,833	-,616
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,079	0,917	0,405	0,538

a. Grouping Variable: Género

Tabla 34. Test de Mann-Whitney y significancia estadística entre actitudes discriminatorias y estrato socioeconómico.

	ED17	ED18	ED19	ED20
Mann-Whitney U	5944,500	5893,000	6200,500	6037,000
Wilcoxon W	12160,500	12109,000	12416,500	12253,000
Z	-1,127	-1,498	-,824	-1,057
Asymp. Sig. (2-tailed)	0,260	0,134	0,410	0,291

a. Grouping Variable: Estrato Socioeconómico

### 5.5.- CORRELACIONES Y ASOCIACIONES ENTRE LAS VARIABLES.

Con la finalidad de observar si los conocimientos, los comportamientos de riesgo y las actitudes discriminatorias están asociadas entre si, se procedió a estudiar la asociación entre los conocimientos, los comportamientos y las actitudes discriminatorias más importantes según los resultados de los Test de Friedman y Kendall's.

Para este efecto se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para las variables conocimientos y actitudes discriminatorias (variables medidas en 5 puntos) y el Test de Chi cuadrado para las variables conocimientos y comportamientos de riesgo (variables medidas en 2 puntos).

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 35, podemos verificar que los conocimientos sobre transmisión del VIH por relaciones sexuales vaginales (CAOVIIH13.4), de madre a hijo (CAOVIIH16) y a través del uso de jeringas para drogas intravenosas (CAOVIIH13.6) se correlacionan significativa y positivamente ( $p^+ < 0,05$ ) con las actitudes discriminatorias, lo cual significa que a más conocimiento sobre VIH/SIDA menor es la disposición para presentar actitudes discriminatorias.

Tabla 35. Correlación de Spearman para las variables conocimientos y actitudes discriminatorias.

Correlations				ED18	ED20	ED19
Spearman's rho	CAOVIIH13.4	Correlation Coefficient		,279**	,176**	,175**
		Sig. (2-tailed)		,000	,008	,008
		N		230	229	230
	CAOVIIH16	Correlation Coefficient		,150*	,229**	,196**
		Sig. (2-tailed)		,023	,000	,003
		N		230	229	230
	CAOVIIH13.6	Correlation Coefficient		,253**	,169*	,180**
		Sig. (2-tailed)		,000	,011	,007
		N		227	226	227

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La asociación de las variables conocimientos y comportamientos de riesgo por medio del Test de Chi cuadrado arrojó como resultados que existe asociación significativa ( $X^2 < 0,05$ ) entre los conocimientos sobre transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales vaginales (CAOVIIH13.4) y por el uso de jeringas para drogas intravenosas (CAOVIIH13.6) y el comportamiento de riesgo “consumo de drogas” (CR5) presentados en las Tablas 36 y 37.

Lo cual significa que a más conocimiento sobre la transmisión del VIH a través de las relaciones sexuales vaginales y por medio del uso de jeringas para drogas intravenosas menor es la disposición para presentar el comportamiento de riesgo “consumo de drogas”.

Tabla 36. Test de Chi cuadrado para las variables CAOVIH13.3 y CR5.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,715E1	4	,002
Likelihood Ratio	16,586	4	,002
Linear-by-Linear Association	12,500	1	,000
N of Valid Cases	238		

a. 3 cells (30.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.04.

Tabla 37. Test de Chi cuadrado para las variables CAOVIH13.6 y CR5.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,608E1	4	,003
Likelihood Ratio	15,476	4	,004
Linear-by-Linear Association	13,063	1	,000
N of Valid Cases	234		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.23.

## **6.- CONSIDERACIONES FINALES**

Considerando los resultados obtenidos y teniendo en cuenta todo el contexto y las limitaciones de esta investigación, es posible llegar a algunas conclusiones que son importantes tomarlas como punto de partida para futuros estudios.

Los adolescentes escolarizados de la ciudad de Caracas – Venezuela, que fueron consultados, manifestaron tener conocimiento del virus del VIH y de la enfermedad llamada SIDA, a este respecto no se encontraron diferencias entre géneros y entre estratos socioeconómicos, por lo cual es posible afirmar que ambos géneros y ambos estratos socioeconómicos han recibido algún tipo de información sobre la infección.

Es importante destacar que, a pesar de que algunos estudios muestran lo contrario, los adolescentes que participaron de este estudio son capaces de reconocer las relaciones sexuales anales y vaginales y el uso de jeringas para drogas intravenosas como las tres principales vías de transmisión de la infección por el VIH.

Existen diferencias significativas entre los grupos de edad (< 15 años y > 15 años) en relación al conocimiento, presentando mayor conocimiento los adolescentes de mayor edad.

Un hallazgo interesante de este estudio es el hecho de que los adolescentes del estrato socioeconómico bajo poseen más información acerca de la infección que los adolescentes del estrato socioeconómico medio. La posible explicación para este resultado es el hecho de que en los planteles educativos públicos y gratuitos, es decir, aquellos colegios donde la mayoría de los estudiantes pertenecen a los estratos bajos, están obligados por la Ley de Educación Básica y Media de Venezuela a impartir clases de educación sexual y de riesgo de contagio de VIH/SIDA a sus alumnos a partir de los últimos grados del ciclo básico, por el contrario, los colegios privados, tienen la libertad de decidir, a través de la junta de padres y representantes, si estas clases serán o no impartidas en el plantel.

En relación a los comportamientos de riesgo, se evidenció que los adolescentes participantes de este estudio presentan bajos niveles de consumo de alcohol y drogas. Los resultados obtenidos en las asociaciones evidencian que, al presentar mayores conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH, menor es la disposición para el consumo de drogas.

Se observó que la edad de inicio sexual es bastante baja, sin haber diferencias entre género y estrato socioeconómico.

El uso constante del preservativo fue mayor para los adolescentes del estrato socioeconómico medio, sin haber diferencias significativas entre géneros.

Los comportamientos de riesgo relacionados con el uso del preservativo y el consumo de alcohol no fueron estadísticamente significativos entre género, lo cual indica que las mujeres y los varones presentan los mismos comportamientos de riesgo. Sin embargo, se observaron diferencias significativas respecto a los comportamientos de riesgo entre estratos socioeconómicos, evidenciándose mayores comportamientos de riesgo en el estrato bajo. Esto concuerda con algunos estudios donde se destaca que un mayor grado de conocimiento está asociado con comportamientos de alto riesgo.

En cuanto a las actitudes discriminatorias, lo observado en este estudio indica que no existen diferencias significativas entre las actitudes discriminatorias por edad, género y estrato socioeconómico. En relación a esto, los resultados obtenidos en las correlaciones realizadas evidencian que un mayor conocimiento acerca de la infección por el VIH por parte de los adolescentes estudiados tiene relación con una menor disposición a presentar actitudes discriminatorias.

Es importante señalar que el instrumento utilizado para medir los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en adolescentes escolarizados venezolanos, fue validado y mostró una consistencia y fiabilidad alta, razón por la cual sugerimos sea empleado en futuros estudios que pretendan evaluar las variables antes mencionadas.

Debe mencionarse que el estudio presenta limitaciones que deben considerarse al evaluar los resultados. Por una parte, los datos provienen de un cuestionario autoadministrado que recolectó autorreportes de comportamientos de riesgo, conocimientos y actitudes discriminatorias. Al ser una recolección de medidas indirectas, estuvo sujeta a imprecisiones basadas en la honestidad de la respuesta y en la comprensión de las preguntas. Por otra parte, las preguntas sobre el uso del preservativo recolectó frecuencias de uso y no indagó sobre algunas situaciones que, relacionadas con el uso constante del preservativo, influyen sobre el grado de riesgo de infección y la eficacia de esta barrera de protección.

Los hallazgos de este estudio pueden llevarnos a realizar algunas recomendaciones para futuras investigaciones. Es necesario considerar las distintas

ideologías de los estratos socioeconómicos y de género que favorecen grados diferentes de comportamientos de riesgo como elemento de protección contra el VIH/SIDA y se deben combinar los conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH con las habilidades para evitar estos tipos de comportamiento.

A este respecto, consideramos conveniente realizar investigaciones en esta misma línea en otros colectivos de adolescentes venezolanos, tomando como muestra un mayor número de jóvenes y tratar de incluir entre ellos a los adolescentes pertenecientes al estrato socioeconómico alto para, de esta forma, poder comparar de una manera más completa los conocimientos, comportamientos de riesgo y actitudes discriminatorias.

Es necesario señalar que por el número de casos analizados y el hecho de tratarse de una muestra no representativa de toda la población adolescente de la ciudad de Caracas, nos obliga a ser sumamente prudentes a la hora de establecer generalizaciones y a tomar la presente investigación como un estudio preliminar.

## 7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Actas Literales del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSONU). La responsabilidad del Consejo de seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de mantenimiento de la paz. (S/RES/1308). 17 de julio de 2000. En: [www.un.org/spanish/aids/scpv.shtml](http://www.un.org/spanish/aids/scpv.shtml).

Actas Literales del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (CSONU). La responsabilidad del Consejo de seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de mantenimiento de la paz. (S/PRST/2001/16). 28 de marzo de 2001. En: [www.un.org/spanish/aids/scpv.shtml](http://www.un.org/spanish/aids/scpv.shtml).

Aggleton, P.; Parker, R. & Maluwa, M. (2002). Estigma y discriminación por VIH/SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción. *Health and Human Rights*, 6, 56-72.

Aggleton, P. & Parker, R. (2002). HIV-related stigma and discrimination: a conceptual Framework and an agenda for action. *Health and Human Rights*, 6, 1-15.

Aggleton, P. & Parker, R. (2005). Violaciones de los Derechos Humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. (ONUSIDA Publications /05.05E).

Ahlbom, A.; Alfredsson, T. A. & Bennet, A. (2007). *Fundamentos de epidemiología*. Siglo XXI (Eds.). España.

Anderson, R. M. & May, R. M. (1991). *Infectious diseases of humans. Dynamics and control*. Oxford: Oxford University Press.

Barnet, B.; Arroyo, C.; Devoe, M. & Duggan, A. (2004). Reduced school dropout rates among adolescent mothers receiving school-based prenatal care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 262-268.

Barros, T.; Barreto, D.; Pérez, F.; Santander, R.; Yépez, E. & Abad-Franch, F. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. *Pan American Journal of Public Health*, 10, 86-94.

Bautista, C. T.; Sánchez, J. L.; Montano, S. M.; Laguna-Torres, A.; Suárez, L.; Sánchez, J.; Campos, P.; Gallardo, C.; Mosquera, C.; Villafane, M.; Aguayo, N.; Ávila, M. M.; Weissenbacher, M.; Ramírez, F.; Child, R.; Serra, M.; Aponte, C.; Velázquez, N.; Pérez, J.; Olson, J. G. & Carr, J. K. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually transmitted Infections*, 82, 311-316.

Bayés, R.; Pastells, S. & Tuldrà, A. (1995). Percepción del riesgo de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 33, 22-27.

Bayés, R.; Comellas, B.; Lorente, S. & Viladrich, M. C. (1998). Información, miedo y discriminación en la pandemia por VIH/SIDA. *Psicothema*, 10, 127-134.

Benthin, A.; Slovic, P. E. & Severson, H. (1993). A psychometric study of adolescents risk perception. *Journal of adolescence*, 16, 153-168.

Black, M. M. (1997). Social and psychological factors associated with AIDS risk behaviors among low-income, urban, african american adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 7, 173-195.

Bonomo, Y.; Coffey, C.; Wolfe, R.; Lynskey, M.; Bowes, G. & Patton, G. (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, 96, 1485-1486.

Brown, L. K.; Tolou-Shams, M.; Lescano, C.; Houck, C.; Zeidman, J.; Pugatch, D. & Lourie, K. J. (2006). Depressive symptoms as a predictor of sexual risk among African American adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 39, 444.e1-444.e8.

Bueno-Abad, J. R. & Madrigal-Vilchez, A. (2003). Evolución de las representaciones sociales del SIDA. *Revista de Trabajo Social*, 44, 7-23.

Caballero-Hoyos, R. & Villaseñor-Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45 (sup. 1), S108-S114.

Caffray, C. M. & Schneider, S. L. (2000). Why do they do it?. Affective motivations in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition and Emotion*, 14, 543-576.

Carey, M. P. & Schroder, K. E. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire (HIV-KQ-18). *AIDS Educational and Prevention*, 14, 174-184.

Castillo, I. & Balaguer, I. (2002). Relaciones entre las conductas del estilo de vida en la adolescencia temprana. In: I. Balaguer (Ed.), *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia, España: Promolibro.

Castro-Pérez, R. (1988). Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio. *Salud Pública de México*, 30, 629-634.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). Youth risk behavior surveillance – United States, 2005. Surveillance Summaries, June 9, 2006. Morbidity and Mortality Weekly Report, 55(SS-5).

Coffee, M.; Lurie, M. N. & Garnett, G. P. (2007). Modelling the impact of migration on the HIV epidemic in South Africa. *AIDS*, 21, 343-350.

Cohn, L.; Macfarlane, S.; Yáñez, C. E. & Imai, W. K. (1995). Risk-perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14, 217-222.

Dávila, M. E.; Tagliaferro, A. Z.; Bullones, X. & Daza, D. (2008). Nivel de conocimiento de adolescentes sobre VIH/SIDA. *Revista Salud Pública*, 10, 716-722.

DiClemente, R; Zorn, J & Temoshok, L. (1986). Adolescents and AIDS: A survey of knowledge, Attitudes and Belief about AIDS in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 76, 1443-1445.

Dourado, I.; Milroy, C. A.; Mello, M. A.; Ferraro, G. A.; Castro-Lima, H.; Guimarães, M. L.; Molgado, M. G.; Texeira, M. G.; Barreto, M. L. & Galvão-Castro, B. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia Estate, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 25-32.

Echezuría, L. R.; Panal, M. & Paredes, C. V. (2001). VIH/SIDA. Anatomía de una epidemia en transición: De la adolescencia a la madurez. Desastre explicado por conductas humanas. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 64,121-128.

Eggleston, E. (1999). Determinants of unintended pregnancy among women in Ecuador. *International Family Planning Perspectives*, 25, 1-4.

Espada-Sánchez, J. P.; Quiles-Sebastián, M. J. & Méndez-Carrillo, J. M. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24, 1-5.

Ethier, K. A.; Kershaw, T. S.; Lewis, J. B.; Milan, S.; Niccolai, L. M. & Ickovics, J. R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: inter-relationships and temporal effects. *Journal of adolescent Health*, 38, 268-274.

Family Health International (FHI). (2000). Encuestas de Vigilancia del Comportamiento (EVC). Pp. 213-233.

Fernández, C; Molina, R; Ramírez, C; Pérez, E; Castilla, J; Marrodán, J; Alcover, S & Tomás, S. (2000). Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 163-176.

Flores-Palacios, F. & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43, 624-631.

Freites, A.; Di Brienza, M. & Zuñiga, G. (2000). *Comportamiento sexual y reproductivo de las adolescentes (EMPOFAM'98)*. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES) (Ed.). Universidad Católica Andrés Bello. Caracas: Venezuela.

Franzetta, K.; Terry-Humen, E.; Manlove, J. & Ikramullah, E. (2006). Trends and recent estimates: contraceptive use among U. S. Teens. Washington D. C: Child Trends. Retrieved from <http://www.childtrends.org/files/contraceptivesrb.pdf>.

Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA). (2007). Informe anual 2007. New York, USA.

Gańczak, M.; Barss, P.; Alferesi, F.; Almazrouei, S.; Muraddad, A. & Al-Maskari, F. (2007). Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab University students in United Arab Emirates. *Journal of adolescent Health*, 40, 572.e1-572.e8.

García, A. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología*, 21, 50-57.

García, C. (2001). Factores sociales y su asociación con el comportamiento sexual de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual. *Ciencia Ergo Sun*, 8, 162-168.

Gardner, L. H.; Frank, D. I. & Amankwaa, L. (1998). A comparison of sexual behavior and self-esteem in young adult females with positive and negative tests for sexually transmitted diseases. *Journal of the association of Black Nursing Faculty*, 9, 89-94.

Gaspar, M.; Battistutta, D.; Simões, C.; Fonseca, S.; Dias, S.; Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre el VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicología, Saúde & Doenças*, 4, 3-20.

Gayet, C.; Juárez, F.; Pedrosa, L. A. & Magris, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, 45, 632-640.

Gerrard, M.; Gibbons, F. X.; Benthin, A. C. & Hessling, R. M. (1996). A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes, what you think, and viceversa. *Health Psychology*, 15, 344-354.

Gillmore, M. R.; Butler, S. S.; Lohr, M. J. & Gilchrist, L. (1992). Substance use and other factors associated with risky sexual behavior among pregnant adolescents. *Family Planning Perspectives*, 24, 255-261.

Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the Management of a spoiled identity*. New York: Simon and Schuster.

Gorab-Ramírez, A.; Hernández-Gamboa, L. E.; Rscala-Baca, E.; Del Rio-González, B. & Niesvizk-Iszaevich, R. (1990). La prevención de la infección por el VIH en adolescentes y adultos jóvenes. *Revista Salud Pública de México*, 32, 84-87.

Grupo de Empleados de las Naciones Unidas VIH-Positivos (UNPLUS). Un Documento de Posición. Estigma y Discriminación; Viajes y Movilidad; Confidencialidad; Seguro de Salud. Marzo de 2007.

Guttmacher, S; Lieberman, L; Ward, D; Freudenberg, N; Radosh, A & Des, D. (1997). Condom availability in New York City public high schools: Relationships to condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 87, 1427-1433.

Hallfors, D. (2005). Which comes first in adolescents: Sex and drugs or depression?. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 163-170.

Halloran, M. E. (2001). Concepts of transmisión and dynamics. In: J. C. Thomas & D. J. Weber (Eds), *Epidemiologic methods for the study of infectious diseases*. Oxford: Oxford University Press.

Jackson, S. (2007). El VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión integradora. *Panamerican Journal of Public Health*, 22, 223-227.

Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.

Jodelet, D. (1993). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: S. Moscovici (Ed), *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.

Johnson, B; Carey, M. P.; Marsh, K. L.; Levin, K. D. & Scott-Sheldon; L. (2003). Intervention to reduce sexual risk for the Human Immunodeficiency Virus in adolescents, 1985-2000. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 381-388.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2000). Protocol for Identification of Discrimination Against People Living with HIV (UNAIDS Publications /00.05E), Geneva, Switzerland. Printing Office.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2007). Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes. (UNAIDS Publications /08.22S/JC1521S), Geneva, Switzerland. Printing Office.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2008a). Report in the global AIDS epidemic (UNAIDS Publications /08.25E/JC1510E). Geneva, Switzerland. Printing Office.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2008b). Monitoring the declaration of commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators (UNAIDS Publications /07.12S/JC1318S). Geneva, Switzerland. Printing Office.

Kalichman, S. C. & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65, 586-601.

Kennedy, M. G.; Mizuno, Y; Seals, S. F.; Myllyluoma, J & Weeks-Norton, K. (2000). Increasing condom use among adolescents with coalition-based social marketing. *AIDS*, 14, 1809-1818.

Kershaw, T. S.; Ethier, K. A.; Niccolai, L. M.; Lewis, J. B. & Ickovics, J. R. (2003). Misperceived risk among female adolescents: social and psychological factors associated with sexual risk accuracy. *Health Psychology*, 22, 523-532.

Kershaw, T. S.; Ethier, K. A.; Milan, S.; Lewis, J. B.; Niccolai, L. M.; Meade, C. & Ickovics, J. R. (2005). The influence of pregnancy, sexually transmitted diseases, and Human Immunodeficiency Virus perceived susceptibility patterns on sexual risk reduction for adolescent females. *Journal of Community Psychology*, 33, 313-331.

Kimmel, D. C. & Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. Madrid, España: Editorial Ariel.

Kornblihtt, A. R. (2001). Objetividad y subjetividad en el conocimiento científico. *Medicina*, 61, 232-234.

Lameiras, M. (2001). Sexualidad e imagen corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Sexología*, 7, 63-74.

Laranjeira, A.; Fernandes, C. & Saraiva, G. (2005). Os adolescentes e o VIH/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, 105-112.

Liss-Levinson, N. (1988). Disorders of desire: women, sex and food. *Women and Therapy*, 7, 121-129.

Macchi, M. L.; Benítez, L. S.; Corvalán, A.; Nuñez, C. & Ortigoza, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista Chilena de Pediatría*, 79, 206-217.

Mah, T. & Halperin, D. (2008). Concurrent sexual partnerships and the HIV Epidemics in Africa: Evidence to move forward. *AIDS and Behavior*, 6, 566-569.

Malcom, A. (1998). HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Critical Public Health*, 8, 347-370.

Mazzaferro, K. (2006). Depression, stress and social support as predictors of high-risk sexual behaviors and STIs in young women. *Journal of Adolescent Health*, 39, 601-603.

McManus, A. & Dhar, L. (2008). Study of knowledge, perception and attitude of adolescent girls towards STIs/HIV, safer sex and sex education: a cross sectional survey of urban adolescent school girls in South Delhi, India. *BMC Women's Health*, 8, 1-6.

McNair, L. D.; Carter, J. A. & Williams, M. K. (1998). Self-esteem, gender and alcohol use: relationships with HIV risk perception and behaviors in college students. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 29-36.

Meadows, R. M. & Weiss, L. (1992). *Women's conflicts about Eating and sexuality: The relationships between food and sex*. New York: Harrington Park Press.

Merakou, K & Kourea-Kremastinou, J. (2006). Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools. *European Journal of Public Health*, 16, 128-132.

Merino, C. & Lautenschlager, G. J. (2003). Statistical comparison of the Cronbach's Alpha Reliability: Applications in the educational and psychological measurement. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 11, 127-136.

Mestre-Lujan, F. J. (2002). Los titulares de la locura: Análisis diferencial de la prensa escrita sobre la representación social de la enfermedad mental. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Miller, A. L; Notario, P. C. & Zimmerman, M. A. (2002). Stability and change in internal working models of friendship: Associations with multiple domains of urban adolescent functioning. *Journal of Social and Personal Relationship*, 19, 233-259.

Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE). (2007). Subsistema de educación secundaria bolivariana: Liceos Bolivarianos, Currículo. (ISBN: 987-980-218-284-8). Publicación Oficial Gubernamental.

Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social (MSDS). (2005). Situación epidemiológica del VIH/SIDA en Venezuela. (01/05MSDS. Informe). Publicación Oficial Gubernamental.

Morra, L. G. & Friedlander, A. C. (2001). Evaluaciones mediante estudios de caso. *American Journal of Methodology*, 66, 1089-1097.

Morin, M. (1996). Representaciones sociales y prevención del SIDA. In Basabe, N.; Páez, D.; Usieto, D.; Paicheler, H. & Deschamps, J. C. (Eds), *El desafío social del SIDA* (Pp. 193-210). Madrid, España: Editorial Fundamentos.

Moscovics, J. M. (2004). Orientación, asesoramiento y diagnóstico anónimo del VIH como estrategia preventiva. In: J. C. Sarriera (Ed.), *Psicología aplicada a las comunidades*. Buenos Aires, Argentina: Proa XXI.

Navarro, E. & Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23, 44-53.

Niccolai, L.; Ethier, K.; Kershaw, T.; Lewis, J. & Ickovics, J. (2003). Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188, 63-70.

Núñez, C. A.; Fernández, V. H. & Aguilar, S. (2001). Exclusión social y VIH/SIDA en Guatemala. *Cuadernos de Desarrollo Humano*, 10, 2-34.

Núñez-Urtigoza, R. M.; Hernández-Prado, B.; García-Barrios, C.; González, D. & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos postparto. *Revista Salud Pública de México*, 45(supl I), S92-S102.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1985). La salud del adolescente y el joven en las Américas (OPS/OMS publication No. 489). Washington, D. C. Scientific Publication.

Orr, D. P.; Wilbrandt, M. L. & Brack, C. J. (1989). Reported sexual behaviors and self-esteem among young adolescents. *American Journal of Diseases of Children*, 143, 86-90.

Patel, V. L.; Branch, T.; Gutnik, L. & Ochoa, J. (2006). Shaping understanding of HIV through negotiation and conflict resolution during peer group discussion. *Advances in Health Science Education: Theory and Practice*, 11, 185-207.

Patel, V. L.; Yoskowitz, N. A.; Kaufman, D. R. & Shortliffe, E. H. (2008). Discerning patterns of Human Immunodeficiency Virus risk in healthy young adults. *American Journal of Medicine*, 121, 758-764.

Paul, C.; Fitzjohn, J.; Herbison, P. & Dickson, N. (2000). The determinants of sexual intercourse before age 16. *Journal of Adolescent Health*, 27, 136-147.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. (3ra. Ed.). Lisboa: Ediciones Sílabo.

Peterson, J. L. & DiClemente, R. J. (2000). *Handbook of HIV prevention*. New York, USA: Plenum.

Phillips, K. A. (1993). Subjective knowledge of AIDS and use of HIV testing. *American Journal of Public Health*, 83, 1460-1462.

Piña, J. A.; Robles, S. & Rivera, B. M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 295-303.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2005). Human Development Report. New York, NY, PNUD.

Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, España: Pirámide.

Rasmussen, B. L.; Hidalgo, A. & Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*, 45, 81-91.

Rise, J. & Jakobsen, R. (1995). Organization of HIV/AIDS related attitudes and predictor of attitudes. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 202-207.

Rivera, E. (2007). Factores que predicen el comportamiento sexual riesgoso y la autoestima en adolescentes. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 1, 37-47.

Robin, L.; Dittus, P.; Whitaker, D.; Crosby, R.; Ethier, K. & Mezoff, J. (2004). Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34, 3-26.

Rodríguez, E. & García, N. (2005). Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. *Revista Panamericana de Sociología*, 13, 25-37.

Rodríguez, L.; Pérez, G. & Gómez, A. (2006). Marginación y exclusión social de las personas que viven con VIH/SIDA: Enfoque y Realidades. *Revista Panamericana de Infectología*, 45, 122-134.

Rolison, M. R. & Scherman, A. (2003). College student risk-taking from three perspectives. *Adolescence*, 38, 689-704.

Román, R. (2000). Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en las jóvenes. Sonora, México. *Instituto Mexicano de la Juventud*, 14, 185-203.

Ruiz, R. (2006). *Historia y evolución del pensamiento científico*. Juan Coll (Eds.). México.

Scarpante, L.; Mitsui, R.; Benevides, A. & Alves, R. (2000). Mudanças no comportamento sexual do adolescentes decorrentes do surgimento da SIDA no contexto social. *Análise Psicológica*, 4, 465-483.

Sheaffer, R.; Mendenhall, W. & Ott, L. (1990). *Elementary Survey sampling*. (4ta. Ed). Boston: PWS-Kent Publishing Company.

Smith, R. A. & Morrison, D. (2006). The impact of stigma, experience, and group referent on HIV risk assessments and HIV testing intentions in Namibia. *Social Science & Medicine*, 63, 2649-2660.

Solomon, M. Z. & DeJong, W. (1989). Preventing AIDS and other STDs through condom promotion: A patient education intervention. *American Journal of Public Health*, 79, 453-458.

Sontag, S. (1988). *El Sida y sus metáforas*. Barcelona, España: Muchnik Editores.

Statistics Solutions. (2009). Significance Test for more than two dependent samples: Friedman Test, Kendall's W, Cochran's Q [Fact sheet]. Retrieved from <http://www.statisticssolutions.com/significance-tests-friedman-kendalls-w-cochrans-q>

Stern, C. & García, E. (1999). Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. *Reflexiones*, 2, 1-99.

Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 15-26.

Taquette, S; De Andrade, R. & Vilhena, M. (2005). A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Revista da Associação Médica Brasileira*; 51(3): 148-152.

Torres, P.; Walker, D. M.; Gutiérrez, J. P. & Bertozzi, S. M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública de México*, 48, 308-316.

Trotter, R. T.; Weller, S. C.; Baer, R. D.; Pachter, L. M.; Glazer, M. & García de Alba, J. E. (1999). Consensus theory model of AIDS/SIDA beliefs in four Latin populations. *AIDS Education and Prevention*, 11, 414-426.

UN General Assembly Special Session (UNGASS). (2006). Country Progress Report – Venezuela. Caracas, Venezuela. Scientific Publication.

US Department of Health and Human Services (USDHHS). Healthy people 2010: understanding and improving health. Retrieved April 13, 2008, from <http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm.volume1>.

Usieto, R. (1991). Anomia y marginación social: Poblaciones expuestas al SIDA. Un análisis concreto. Tesis de Doctorado, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Vasconceos, G; Barbosa, R. & Almeida, M. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS. *Revista Latino Americana de enfermagem*, 7, 41-46.

Villaseñor-Sierra, A.; Caballero-Hoyos, R.; Hidalgo-San Martín, A. & Santos-Preciado, J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45(sup. 1), S73-S80.

Walcott, C. M.; Meyers, A. B. & Landau, S. (2008). Adolescent sexual risk behaviors and school-based sexually transmitted infection HIV. *Psychology in the Schools*, 45, 39-51.

World Health Organization (WHO). (1990). Global Program on AIDS. Social and Behavioral research Unit. Research Package: Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices on AIDS Survey (KABP) Appendix Questionnaire.

World Health Organization (WHO). (2007). The World Elath report. Primary Elath care: Now more than ever. Geneva, Switzerland.

Yelibi, S. (1993). Sociocultural aspects of AIDS in an urban peripheral area of Abidjan. *AIDS Care*, 5, 187-197.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: Desing and methods*. Sage Publications: Thousand Oaks.

Zagury, T. (1996). *O adolescente por ele mesmo: orientação para pais e educadores*. Rio de Janeiro: Record.

## CUESTIONARIO PILOTO

22. ¿Sabe si en su comunidad existe la posibilidad de obtener una prueba confidencial para averiguar si está infectado por el VIH? (al decir confidencial me refiero a que solo usted sabrá el resultado) Si  No  No sabe

23. ¿Se ha realizado usted alguna vez una prueba de VIH? Si  No

Si la respuesta es afirmativa,

24. ¿Se realizó usted la prueba voluntariamente o le fue solicitada? Voluntariamente  Solicitada

25. ¿Averiguó usted el resultado de la prueba? Si  No

26. ¿Cuándo se realizó la prueba de VIH más reciente?

El año pasado  Entre 1 y 2 años  Entre 2 y 4 años

Más de 4 años  No recuerda

27. ¿Estaría dispuesto a comer con una persona que usted supiera que tiene VIH?

Totalmente de acuerdo  de acuerdo  en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo  No sabe

28. Si un amigo o persona cercana se infecta de VIH, ¿seguiría usted tratándola?

Totalmente de acuerdo  de acuerdo  en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo  No sabe

29. Si un maestro (a) está infectado (a) de VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera enseñando en la escuela?

Totalmente de acuerdo  de acuerdo  en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo  No sabe

30. Si un estudiante está infectado de VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera asistiendo a clases?

Totalmente de acuerdo  de acuerdo  en desacuerdo

Totalmente en desacuerdo  No sabe

Erasmus Mundus In Dynamics of Health and Welfare State  
Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva  
Universidade de Évora - Portugal

**Cuestionario de Vigilancia  
del Comportamiento (CVC)**

**UNIDAD EDUCATIVA**

**AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA**

**AÑO DEL CICLO DIVERSIFICADO**

**FECHA DE NACIMIENTO**

Día / Mes / Año

**EDAD**

**LUGAR DE NACIMIENTO**

**SEXO** Femenino  Masculino

1. ¿Quién paga su educación? Madre  Padre  Parientes

Beca  Otros  No sabe

2. ¿Trabaja luego de asistir a la escuela? Si  No

3. ¿Actualmente vive: Solo  Padres  Parientes  Amigos

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia ha ingerido bebidas que contienen alcohol?

Todos los días  1 vez por semana  1 vez al mes  No bebo  No sabe

5. ¿Ha probado usted algún tipo de droga recreativa? Si  No

Si la respuesta es afirmativa,

6. Indique usted cuales de estas drogas ha probado? Marihuana  Cocaína  Éxtasis

Crack  LSD  Heroína  Otras

7. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Si  No

Si la respuesta es afirmativa,

8. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? años.

9. ¿Utilizó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? Si  No

10. En las relaciones sexuales que ha tenido desde entonces, ¿ha utilizado condón?

Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Casi nunca  Nunca

11. ¿Cuántas parejas sexuales distintas ha tenido en los últimos 12 meses?

1  Entre 1 y 5  Más de 5  Menos de 10  Más de 10

12. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el VIH o la enfermedad llamada SIDA?

Estoy muy enterado  Mucho  Poco  Muy poco  No se nada

13. Sabe usted cómo se transmite el VIH (el virus que causa el SIDA) de una persona a otra?

a. Por un beso en la mejilla  b. Por medio de cualquier contacto físico

c. Por relaciones sexuales anales, vaginales u orales  d. Al compartir jeringas para drogas intravenosas

e. No se

14. ¿Conoce usted a alguien amigo que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA? Si  No

15. ¿Pueden las personas protegerse del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando condón de manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

16. ¿Puede una persona infectarse de VIH por la picada de un mosquito?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

17. ¿Puede una persona infectarse de VIH al compartir comida con alguien que esté infectado?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

18. ¿Pueden las personas protegerse del VIH al tener una pareja sexual fiel que no esté infectada?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

19. ¿Puede una persona infectarse de VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizo?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

20. ¿Piensa usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el virus que ocasiona el SIDA?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

21. ¿Puede una mujer embarazada que esta infectada con VIH transmitir el virus a su bebe?

Totalmente falso  Falso  Verdadero

Totalmente verdadero  No sabe

## CUESTIONARIO DEFINITIVO

Responda las siguientes preguntas siguiendo la escala que se describe a continuación:

- 1 Estoy en total desacuerdo
- 2 No estoy de acuerdo
- 3 No estoy de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Estoy plenamente de acuerdo

17. ¿Estaría dispuesto a comer con una persona que usted supiera que tiene VIH?

1  2  3  4  5

18. Si un amigo o persona cercana se infecta de VIH, ¿seguiría usted tratándola?

1  2  3  4  5

19. Si un maestro (a) está infectado (a) de VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera enseñando en la escuela?

1  2  3  4  5

20. Si un estudiante está infectado de VIH, ¿estaría usted de acuerdo en que siguiera asistiendo a clases?

1  2  3  4  5

Erasmus Mundus In Dynamics of Health and Welfare State  
Mestrado em Políticas de bem-estar em Perspectiva  
Universidade de Évora - Portugal

Cuestionario de Vigilancia  
del Comportamiento (CVC)

UNIDAD EDUCATIVA

AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA

AÑO DEL CICLO DIVERSIFICADO

FECHA DE NACIMIENTO

/  /

EDAD

LUGAR DE NACIMIENTO

SEXO Femenino  Masculino

1. ¿Quién paga su educación? Madre  Padre  Parientes

Beca  Otros  No sabe

2. ¿Trabaja luego de asistir a la escuela? Si  No

3. ¿Actualmente vive?: Solo  Padres  Parientes  Amigos

4. ¿Durante las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia ha ingerido bebidas que contienen alcohol?

Todos los días  1 vez por semana  1 vez al mes  No bebo  No sabe

5. ¿Ha probado usted algún tipo de droga recreativa? Si  No

Si la respuesta es afirmativa,

6. Indique usted ¿cuáles de estas drogas ha probado? Marihuana  Cocaína  Éxtasis

Crack  LSD  Heroína  Otras

7. ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales? Si  No

Si la respuesta es afirmativa,

8. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? años.

9. ¿Utilizó condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? Si  No

10. En las relaciones sexuales que ha tenido desde entonces, ¿ha utilizado condón?

Siempre  Casi siempre  Algunas veces  Casi nunca  Nunca

11. ¿Cuántas parejas sexuales distintas ha tenido en los últimos 12 meses?

1  Entre 1 y 5  Más de 5  Menos de 10  Más de 10

12. ¿Ha escuchado o leído alguna vez sobre el HIV o la enfermedad llamada SIDA?

1. Desconozco completamente  2. No conozco  3. Conozco mal

4. Conozco  5. Conozco completamente

Responda las siguientes preguntas siguiendo la escala que se describe a continuación:

1 Estoy en total desacuerdo

2 No estoy de acuerdo

3 No estoy de acuerdo ni en desacuerdo

4 De acuerdo

5 Estoy plenamente de acuerdo

13. ¿Sabe como se transmite el HIV (el virus que causa el SIDA) de una persona a otra?

Por un beso en la mejilla 1  2  3  4  5

Por cualquier contacto físico 1  2  3  4  5

Por relaciones sexuales anales 1  2  3  4  5

Por relaciones sexuales vaginales 1  2  3  4  5

Por relaciones sexuales orales 1  2  3  4  5

A través de utilizar la misma jeringa

para drogas intravenosas 1  2  3  4  5

Por la picada de un mosquito 1  2  3  4  5

Por compartir comida con

una persona infectada 1  2  3  4  5

14. ¿Cualquier persona que tenga una sola pareja sexual estable tiene menor riesgo de infección por el VIH (el virus que causa el SIDA), que una persona promiscua? (varias parejas sexuales al mismo tiempo).

1  2  3  4  5

15. ¿Una persona infectada con el VIH puede tener una apariencia completamente saludable?

1  2  3  4  5

16. ¿Una mujer embarazada infectada con VIH puede infectar a su bebé?

1  2  3  4  5