

Universidad Metropolitana de Bayamón
Escuela de Ciencias de la Salud
Programa de Maestría en Ciencias de la Salud

Factores Relacionados con el Aumento de Casos de VIH en Adolescentes

Elizabeth Rosado

Mayo, 2012

Abstracto

Estudio descriptivo donde se encuestó un grupo de 20 adolescentes entre las edades 13 a 19 años, que respondieron a una encuesta en un lugar público (plaza de recreo) en un pueblo de la zona metropolitana de San Juan. El perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH es el siguiente: género masculino (55%), con una edad promedio de 18 años, que estudia entre noveno a cuarto año (65%). El mismo se encuentra activo sexualmente (50%), y recibió la información sobre el VIH/SIDA en la escuela (80%), donde el 60% ha tenido más de una pareja sexual, en promedio han tenido 4 parejas sexuales y el 40% no usa condones cuando tiene relaciones sexuales. A pesar de estas conductas de riesgo el 100% de ellos expresa conocer lo que es el virus de VIH/SIDA. Las razones principales de posible contagio reportadas por los adolescentes son: tener relaciones sexuales y ser promiscuos con un 100%, seguido de tener relaciones anales, y utilizar agujas contaminadas con un 95% de los casos. Mientras un 90% indicó que el riesgo era por tener relaciones sexuales con desconocidos. En el caso de los métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA, los datos demuestran que el método más utilizado es la abstinencia con un 40%, seguido de un 20% que usa condones. Se concluye que a pesar de que los adolescentes conocen lo que es el VIH/SIDA y las conductas de riesgo, éstos asumen una conducta de riesgo evidente. Dicha conducta ocurre ante la actitud desafiante de los adolescentes puertorriqueños de estar activos sexualmente y cambiar de parejas sin utilizar condones. A tales efectos, es necesario que los profesionales de la enfermería logren involucrar al adolescente en su autocuidado, con la esperanza de que éstos puedan crear conciencia del peligro al cual se enfrentan, asuman responsabilidad sobre su sexualidad y de esta forma disminuir el riesgo de contagio con el virus de VIH/SIDA entre esta población.

Dedicatoria

Gracias a mi papito Dios por sus bendiciones durante estos años de estudios. A mi esposo y a mis hijos por el apoyo, comprensión y por haberme dado el espacio cuando lo necesitaba. A mis amigos por haberme escuchado en mis momentos de desahago. Gracias.

Agradecimientos

A mi mentor Dr. Josué Pacheco por su tiempo, dedicación y por su pronta ayuda cuando la solicitaba.

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución porcentual del panel de expertos por criterio generales para la evaluación del instrumento.....	42
Tabla 2. Características del cuestionario evaluadas utilizando la técnica de Lawshe.....	44
Tabla 3. Distribución de la muestra por nivel de factores que aumentan la incidencia de VIH/SIDA	62
Tabla 4. Distribución de la muestra sobre donde recibió información acerca del VIH/SIDA.....	63
Tabla 5. Distribución de la muestra por nivel de uso del condón como método de protección.....	64
Tabla 6. Distribución de la muestra por razones para no utilizar protección.....	65
Tabla 7. Distribución de la muestra por nivel de posibles razones del aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.....	66
Tabla 8. Conocimiento de los adolescentes sobre el virus de VIH/SIDA.....	68
Tabla 9. Razones principales de riesgo que resultan en el aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.....	69
Tabla 10. Métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA.....	70

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Distribución porcentual del panel de expertos por criterios generales para la evaluación del instrumento (categoría buena y excelente integrada).....	43
Gráfica 2. Distribución de la muestra por género.....	61
Gráfica 3. Distribución de la muestra por grupo de edad donde se encuentra.....	61
Gráfica 4. Distribución de la muestra por nivel de grado académico.....	62
Gráfica 5. Distribución de la muestra por parejas sexuales que has tenido.....	64

Tabla Contenido

Abstracto.....	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Índice de tablas.....	6
Índice de graficas.....	7
Capítulo I. Introducción	
Antecedentes del Problema.....	10
Planteamiento del Problema.....	14
Justificación del Problema de Investigación.....	18
Propósito del Estudio.....	20
Marco Conceptual.....	20
Objetivos del Estudio.....	23
Definición Operacional de las Variables.....	23
Definición de Términos.....	24
Resumen.....	26
Capítulo II. Revisión de literatura	
Introducción.....	27
Literatura relacionada con el tema.....	27
Investigaciones relacionadas con el tema del estudio.....	33
Resumen.....	37
Capítulo III. Metodología	
Introducción.....	38
Diseño.....	38
Descripción de la Población y Muestra del Estudio.....	39
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	39
Instrumento.....	40
Validez de Contenidos.....	41
Modificaciones del Cuestionario.....	44
Procedimiento.....	52
Protección de Derechos.....	57

Análisis Estadístico.....	59
Resumen.....	59
Capítulo IV: Hallazgos	
Introducción.....	60
Presentación de los datos socio-demográficos.....	60
Análisis a base de los objetivos del estudio.....	67
Resumen.....	70
Capítulo V: Análisis de los Datos	
Introducción.....	72
Análisis de los hallazgos por objetivo.....	72
Análisis basado en el marco conceptual.....	76
Conclusiones.....	77
Implicaciones para enfermería.....	78
Limitaciones del estudio.....	80
Recomendaciones.....	81
Referencias.....	83
Anejos	
Cuestionario.....	86
Hoja Informativa.....	87

Capítulo I

Introducción

Antecedentes del problema

Desde el principio de la humanidad, muchos microbios y gérmenes encontraron en nuestros organismos las condiciones ideales para vivir, unos lo hacen sin causar ningún daño, otros nos colaboran de diferentes maneras llegando inclusive a ser indispensables en nuestras vidas. Sin embargo, hay otros que son más agresivos y provocan molestias que en algunos casos, hasta atentan contra la salud del ser humano. Varios de esos microbios tienen preferencia por las mucosas y regiones genitales, siendo imposible en algunos casos que puedan sobrevivir fuera de esos ambientes. El conjunto de esas enfermedades que afectan los órganos sexuales son conocidas popularmente como "Enfermedades venéreas" y están con el ser humano acompañando su propia historia. Los romanos (d.c), por ejemplo denominaban a este tipo de enfermedades "morbus incidens" y para protegerse de ellas, en sus relaciones sexuales ya usaban unos preservativos hechos de tripa de carnero que un pastor anónimo los llamo "camisa de Venus" en el Siglo III a.c. (Potenziani Pradella Médico UCV-Promoción, 2007)

El término venérea, procede de Venus, diosa romana de la belleza, del amor y de la fecundidad, versión latina de la diosa griega del amor, llamada Afrodita. Conjugó lo amoroso y lo femenino. Son enfermedades que necesitan del contacto íntimo-sexual para su contagio y propagación (Potenziani Bigelli, 2011). Las enfermedades venéreas han repercutido desde el inicio de la historia del hombre de manera significativa en la vida individual y colectiva de la sociedad. Hipócrates (460 BC), fue el primero en describir la

enfermedad de transmisión sexual con todas sus características a pesar de que la enfermedad se sugería en la Biblia. Desde entonces el hombre ha tratado de combatir las infecciones de transmisión sexual y descubrir sus orígenes.

En el caso, del origen del VIH se han desarrollado varios estudios basados en hipótesis o argumentos científicos que no han sido validados de manera final. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1992) con un equipo de investigadores del Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD) en Montpellier, Francia, fueron los que trataron de encontrar el origen del VIH. El estudio revela la enorme variabilidad de las cepas virales que circulan en la República Democrática del Congo (antes Zaire) y que se relacionan con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los resultados de este estudio confirman que el virus está presente desde hace largo tiempo en esta región y que África Central podría ser efectivamente el epicentro de la pandemia. Dicho estudio cuestiona la controvertida hipótesis de una transmisión del VIH 1 al hombre a consecuencia de una campaña de vacunación contra la poliomielitis lanzada en Zaire a principios de los años 1960: el hombre era portador de la cepa viral que originó la pandemia mucho antes de esta fecha.

La segunda hipótesis sobre el origen del VIH, es la teoría sobre la "Transmisión Temprana", la cual sostiene que el virus pudo haber sido transmitido a los hombres a principio del siglo XX o incluso a finales del siglo XIX, a través de la caza de chimpancés como alimento. El virus pudo permanecer aislado en una población pequeña, local, hasta alrededor de 1930, fecha en que empezó a expandirse hacia otras poblaciones humanas y a diversificarse. En este caso su expansión se vio favorecida por el desarrollo socioeconómico y político del continente africano. Se cree que el virus simio se propagó

de los chimpancés a los humanos por lo menos en tres ocasiones separadas, quizás a través de la matanza de los animales y el consumo de su carne (Lambertini Poggiolo, 2007).

No fue hasta la década de 1980 cuando se reporta el primer caso de VIH en los Estados Unidos en junio del 1981, siendo este uno de los virus más temidos, añadido en la lista de enfermedades de transmisión sexual existentes. En la actualidad de acuerdo con el CDC (2010) existen sobre 20 enfermedades de transmisión sexual, una de las más temidas es la del VIH/SIDA. Este se ha convertido en la gran epidemia del siglo XX, y la proyección al futuro sobre la expansión de esta enfermedad se transforma en una considerada carga para los sobre cargos sistemas asistenciales de la mayoría de los países afectados. El VIH sólo se puede transmitir a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral. El virus no se transmite de manera casual. De acuerdo con los CDC de Estados Unidos, no se han encontrado casos en que abrazos, besos secos o saludos con las manos hayan sido causantes de infección. El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos (Woods, 2003; CDC, 2010).

La pandemia del VIH ha sido de tal magnitud que uno de cada 100 adultos de edades comprendidas entre los 15 años y los 40 años está infectado por el VIH, el virus que provoca el SIDA. Solamente 1 de cada 10 personas infectadas sabe que lo está. Se estima que en la actualidad hay más de 30 millones de personas viviendo con la infección por el VIH. Para el corriente año se espera que la cifra aumente a 40 millones (Soto y Michel Fariña, s.f; AIDS InfoNet, 2010).

De estos infectados se incluye la población de adolescentes que es una que va en aumento. La población joven en los Estados Unidos y Puerto Rico se enfrenta a un continuo riesgo de infección por el VIH. El riesgo es particularmente evidente entre los jóvenes que pertenecen a las minorías raciales y grupos étnicos. Los esfuerzos continuos de educación y alcance a favor de la prevención, incluso los programas de abstinencia y de retraso en el inicio de las relaciones sexuales, son requeridos a medida que las nuevas generaciones reemplazan a las generaciones que se beneficiaron de las estrategias de prevención temprana. A menos que se indique otra cosa, en esta hoja informativa los términos “jóvenes” y “personas jóvenes” se refieren a personas entre 13 y 24 años de edad (CDC, 2010).

En Puerto Rico se estima que el total de las personas infectadas con VIH en el 2008, según las estadísticas disponibles por el Departamento de Salud son unas 7, 235. De estas los adolescentes infectados son 23.1 por cada 100,000 habitantes entre las edades de 13 a 19 años. En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento que viene con la edad, por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos. Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si

reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables (Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003). Esta actitud de los adolescentes en Estados Unidos y en Puerto Rico ha hecho que sean en la actualidad una población vulnerable, lo que resulta en un grave problema de salud pública, que requiere ser investigado.

Planteamiento de Problema

El problema a investigar son los factores relacionados con el aumento de casos de VIH en adolescentes. Es bien alarmante como el virus del VIH va en aumento cuando actualmente existe un sin número de información para la educación, prevención de transmisión de este. Nuestra población de adolescentes se está viendo afectada de una forma marcada. El virus del VIH en adolescentes va en aumento (OMS, 2010).

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, 2008), ha estimado 1.1 millones de personas actualmente viviendo con VIH. La pregunta que se hacen los expertos en esta materia es ¿por qué este aumento, cuando existe un sin número de información para la prevención de transmisión? A través de los medios de comunicación como la Internet hay un sin número de información que pueden acezar. Además, se promueven anuncios relacionados con el VIH/SIDA a través de la televisión y la radio sobre este tema, aunque su énfasis no es el esperado.

CDC (2008) a reportado una gran proporción de jóvenes no les preocupa la posibilidad de quedar infectados por el VIH. Los adolescentes necesitan que se les dé información precisa y adecuada para su edad sobre la infección por el VIH y el SIDA. Esta información debe explicar cómo hablar con sus padres u otras personas de confianza

sobre el VIH y el SIDA, cómo reducir y eliminar factores de riesgo, cómo hablar con una pareja potencial sobre los factores de riesgo, dónde pueden realizarse las pruebas del VIH y cómo usar correctamente el condón. También debe explicar que la abstinencia es el único método 100% efectivo para evitar la infección, especialmente en la adolescencia.

La etapa de la adolescencia es compleja, debemos llegar a nuestros adolescentes de una forma sutil, sin prejuicio, sin juzgar, para que ellos se sientan confiados al diálogo y permitan recibir la información. Aunque la mayoría de los adolescentes no se sienten cómodos al hablar de estos temas con sus padres, prefieren llevar esta comunicación con jóvenes de su misma edad o aquellos que no se identifiquen como un modelo paternal (Santiago Matos, 2009). Al parecer los métodos que se le ofrecen a los adolescentes para la prevención de contraer una enfermedad de transmisión sexual como lo son el condón y la abstinencia no han sido efectivos. Según Hernández Cabrera y Pérez Rodríguez (2005) hay que estar claros y ser realistas, en los métodos que se le piden al adolescente para que no logre experimentar una relación sexual riesgosa. La abstinencia, aunque es el método más seguro, hay que aceptar que es rechazado por la mayoría de los adolescentes que prefieren en esta etapa la experimentación con “una pareja” y disfrutar de su nuevo descubrimiento. Afirma Barella Balboa, Mesa Gallardo y Cobeña Manzorro (2004) que estos no presentan temor alguno a las consecuencias que esto puede traer al no utilizar ningún método profiláctico. Si hubiesen experimentado el pánico durante el comienzo del virus en los años ochenta, quizás tendrían más consciencia para la prevención del VIH, pero en la actualidad es difícil crear esta consciencia en este grupo poblacional.

Por eso, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que el riesgo de que una persona joven resulte infectada por el VIH guarda estrecha relación con la edad de la iniciación sexual. Las medidas de prevención en la gente joven apuntan, entre otros objetivos básicos, a evitar el coito y a retrasar el inicio de la vida sexual activa. En el caso de los jóvenes sexualmente activos, es fundamental que reduzcan el número de parejas sexuales y que tengan más facilidad para acceder y utilizar servicios integrados de prevención, lo que comprende tanto la educación como el suministro de preservativos. Los programas en la materia deberían servir también para prevenir otros comportamientos peligrosos para la salud, como el consumo de sustancias, y para intervenir rápidamente cuando se produzcan. Los jóvenes deben tener a su disposición servicios accesibles y adecuados de detección del VIH. Los jóvenes con VIH necesitan servicios de tratamiento, atención, apoyo y prevención positiva. Es preciso recabar la participación de jóvenes con el VIH a la hora de planificar y prestar todo servicio relacionado con el VIH dirigido a la población joven.

En estudios realizados en estudiantes adolescentes demuestran que solo un 26% de estos, se consideraban en alto riesgo de contraer el VIH/SIDA, pese a que el 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo. Muchos adolescentes experimentan con tipos de conductas arriesgadas, sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas. Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes. Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto a que no tomen precauciones (Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín y Alfaro Alfaro, 2003; Caballero Hoyos, y Villaseñor Sierra, 2003; Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003).

Por ejemplo, en los Estados Unidos investigadores encontraron que los adolescentes infectados por el VIH/SIDA tenían la probabilidad dos veces mayor que los adultos infectados y adoptar un comportamiento de alto riesgo como practica de relaciones sexuales sin protección y compartir con otros la agujas para inyectarse drogas. La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte porque es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aún los jóvenes que saben cómo protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes utilicen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja (Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín y Alfaro Alfaro, 2003; Caballero Hoyos, y Villaseñor Sierra, 2003; Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003).

Algunos jóvenes, especialmente las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o por sentirse incómodas con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. Niegan que necesiten anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos. Además, los adolescentes que niegan el riesgo personal que corren de contraer el VIH/SIDA pueden ignorar los mensajes de prevención, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección (Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín y Alfaro Alfaro, 2003; Caballero Hoyos, y Villaseñor Sierra, 2003; Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003), problema que ha sido relacionado con el conocimiento sobre esta condición.

Justificación

El problema de estudio sobre la falta de conocimiento sobre los factores de riesgo a los cuales se expone el adolescente es real (Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín y Alfaro Alfaro, 2003; Caballero Hoyos, y Villaseñor Sierra, 2003; Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003). Así que el desarrollo de un estudio como el propuesto en Puerto Rico es uno válido para poder ampliar el conocimiento existente de las conductas sexuales que tienen los adolescentes puertorriqueños, las cuales han sido poco investigadas desde el punto de vista de enfermería. Se espera con este estudio que el mismo sea amplio y de gran valor social. La importancia de este estudio es identificar los factores que conllevan al aumento de casos de VIH en nuestros adolescentes y una vez identificados los factores, utilizar estrategias para disminuir este aumento. Este problema no es solo en nuestra nación sino en el mundo entero. Los casos van en aumento. La meta es lograr que las escuelas puedan ofrecer más información de educación sexual a nuestros adolescentes y que esta sea un requisito en el currículo. No tan solo comenzar en las escuelas superiores, sino comenzar esta educación en las escuelas elementales. Ofrecer talleres a los padres para que puedan llevar la información correcta y clara a sus hijos.

Los estudios realizados en los CDC (2008, 2010) han demostrado que la comunicación clara entre padres e hijos en cuanto a los valores y las expectativas acerca del sexo es un paso importante para ayudar a los adolescentes a retrasar la iniciación sexual y a que sean más responsables a la hora de tomar decisiones sobre sus conductas sexuales más adelante en la vida. Los padres se encuentran en una posición privilegiada de poder llegar a sus hijos y mantener conversaciones sobre el VIH, las STD y la

prevención del embarazo en la adolescencia, ya que estas conversaciones pueden darse en el momento oportuno y pueden continuar por el tiempo necesario.

Ante la necesidad de desarrollar estrategias innovadoras para prevenir el contagio de VIH entre los adolescentes puertorriqueños es necesario realizar este estudio. La falta de estrategias propias para los adolescentes, trabajadas con los adolescentes y aprobadas por estos, pueden ser una de las claves para reducir el aumento de casos de VIH en la Isla. De acuerdo al Departamento de Salud (2008) 23.1 por cada 100,000 habitantes son adolescentes infectados entre las edades de 13 a 19 años. Esta cifra es alarmante, cuando expertos en el tema indican que continúa en aumento. Por eso, es necesario que los profesionales de salud en Puerto Rico sean más agresivos ante esta situación, especialmente el profesional de la enfermería. Este profesional, debe aprovechar cuando un adolescente acuda a una cita médica hablar del tema aunque este no haya sido el propósito de la visita o cuando se encuentre hospitalizado o en una visita a la sala de emergencia. Es necesario educar a los adolescentes sobre los modos correctos de prevención, ya que la falta de conocimiento ha demostrado ser un factor determinante en la actitud que asume el adolescente en sus relaciones sexuales. Un estudio como el propuesto sentará las bases para el manejo de esta población por parte del especialista clínico manejador de casos en la comunidad. Los fundamentos científicos que ha de proveer este estudio ayudaran a identificar de una manera clara las conductas de riesgo de los adolescentes, las cuales servirán para desarrollar modelos de intervención comunitaria donde el adolescente sea el centro de la intervención.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es determinar los factores relacionados con el aumento de Casos de VIH en adolescentes. Con los resultados del mismo se espera obtener un perfil más claro del comportamiento sexual de los adolescentes con miras a ofrecer talleres y conferencias de prevención dirigidas a este sector de la población. Además, se espera difundir los datos en las agencias relacionadas con los adolescentes a riesgo como lo son el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, el Departamento de la Familia, entre otros para aunar esfuerzos para disminuir la incidencia de contagio en esta población con el VIH.

Marco Conceptual

La relación entre la teoría y la investigación es recíproca y de beneficio mutuo. Las teorías y modelos conceptuales se crean inductivamente a partir de la observación, así que la investigación previa y los estudios cualitativos a profundidad constituyen una fuente excelente de observaciones de esa naturaleza (Polit y Hungler, 2000). En este caso, se escogió la teorizante Dorothea Orem, ya que incluye conceptos que pueden ser aplicados a esta población de riesgo.

Orem (1991) señala que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Define además tres requisitos de autocuidado,

entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

En la teoría del déficit de autocuidado, Orem (1991) describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. La autora define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Por lo planteado en la teoría de Autocuidado, este concepto refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Para Orem (1991) cada individuo nace con la capacidad para autocuidarse, pero por circunstancias como el déficit en conocimiento, o déficit en desviación de salud el individuo no puede llevarlo a cabo. El adolescente es un sistema de autocuidado que debe desarrollar la capacidad de auto cuidarse con la ayuda del profesional de enfermería como agencia para el autocuidado. Los requisitos para el autocuidado deben ser completados para que pueda darse este evento.

Un adolescente activo sexualmente, o en etapa de experimentación está llenando sus necesidades básicas del autocuidado reconocidas por Orem como requisitos universales. No obstante, el profesional de enfermería reconoce que el adolescente por sí solo no puede asumir una conducta responsable ante su sexualidad y requiere del conocimiento y experiencia de la enfermera para enfrentar los riesgos a los cuales se enfrenta si tiene relaciones sin protección. Uno de estos riesgos es el contagio con el VIH, por eso se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. En este caso, el profesional de enfermería actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.

A base de la teoría desarrollada por Dorothea Orem (1991) y dadas las limitaciones de conocimientos que tienen la generalidad de los adolescentes, se debe lograr que el adolescente se involucre en su autocuidado, hay que desarrollar una intensa tarea educativa, llena de calidez y dedicación. Con ello, se espera lograr el objetivo

principal el cual se enfoca en que el adolescente adquiera plena conciencia sobre las consecuencias de una vida sexual activa, y en cuanto la conservación de la salud, y prevenir las enfermedades, como VIH/SIDA e incluir actividades realizadas para el adolescente o en la colaboración con este.

Objetivos

Los objetivos de este estudio son:

1. Determinar el conocimiento que tiene el adolescente sobre el virus del VIH.
2. Determinar el perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH.
3. Identificar los factores de riesgo que resultan en el aumento de casos de VIH en adolescentes.
4. Identificar los métodos que utilizan para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Definición operacional de las variables

1. Factores de riesgo: Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición. Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad (CDC, 2010; Medilíne, 2010). El mismo será medido haciendo uso de un cuestionario

desarrollado por la investigadora a base de la revisión de literatura relacionada con el tema de estudio.

Definición de Términos

1. Adolescencia - Periodo del desarrollo humano comprendido entre la niñez y la edad adulta durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas en el orden físico y psíquico. Aquí se presentan la maduración de la sexualidad y los múltiples cambios de orden fisiológicos, como también el pensamiento lógico y formal del joven que se prepara para incorporarse al mundo de los adultos (Psicopedagogia.com).
2. Conocimiento - Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema u objeto de la realidad. También es la capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas (Cassirer, 1979).
3. Efecto - es lo que recibe el daño o la consecuencia (CDC, 2010).
4. Enfermedad - La enfermedad es un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud (Mediline, 2010).
5. Enfermedad de transmisión sexual - Las Infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades de transmisión sexual (ETS) o enfermedades venéreas, son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas. Se transmiten de persona a persona por medio de contacto íntimo que se produce, casi

exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluyendo el sexo vaginal, el sexo anal y sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas, o contacto con la sangre y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo de madre a hijo. La mayoría de enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus aunque también son causadas por hongos y protozoos (Mediline, 2010).

6. Métodos profiláctico - El preservativo, profiláctico o condón masculino es una funda fina y elástica para cubrir el pene durante el coito, a fin de evitar la fecundación actuando como método anticonceptivo y el posible contagio de enfermedades de transmisión sexual. Al preservativo masculino se le ha unido, desde 1993, el preservativo femenino para su inserción en la vagina (Mediline, 2010).
7. Riesgo - El riesgo es la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. La vulnerabilidad o las amenazas, por separado, no representan un peligro. Pero si se juntan, se convierten en un riesgo, o sea, en la probabilidad de que ocurra un desastre (CDC, 2010).
8. SIDA - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana que destruye o daña las células del sistema inmune de la persona interfiriendo en la capacidad del cuerpo de poder luchar contra los virus, bacterias y hongos que causa esta enfermedad. Este tipo de virus hace que la persona sea más vulnerable a infecciones que nuestro cuerpo normalmente puede resistir como la neumonía, meningitis y ciertos tipos de cáncer (López, 2004).

9. Sexualidad - Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad humana abarca tanto las relaciones sexuales (el coito) como el erotismo, la intimidad y el placer. La sexualidad es experimentada y expresada a través de pensamientos, acciones, deseos y fantasías (Organización Mundial de la Salud, 2011).
10. VIH - virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es la afección que destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones (Mediline, 2010).

Resumen

En este capítulo se presentó los antecedentes del estudio y el propósito de esta investigación. Esta investigación se justifica ante el aumento de adolescentes contagiados con VIH, los cuales están activos sexualmente sin un aparente conocimiento de cómo protegerse. Es de suma importancia que a través de las escuelas, se pueda ofrecer información de educación sexual a nuestros adolescentes. Crear un taller para padres para que estos tengan conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y estos puedan proveer información a sus hijos. La meta es proveer educación para la prevención de la transmisión del virus VIH es parte esencial de este estudio propuesto.

Capítulo II

Revisión de Literatura

Introducción

El propósito de este capítulo, es presentar la revisión de literatura relacionada con el tema a investigar. Para el desarrollo de la revisión de literatura, se siguieron las recomendaciones de Polit y Hungler (2000). Definen la revisión de literatura, a las actividades de identificación y búsqueda de información sobre un tema y asimilar los conocimientos respectivos. Resumir un escrito sobre la situación que se encuentra un problema de investigación. A través de la revisión de literatura se pretende exponer algunos estudios se han realizado relacionado al tema, y con los mismos demostrar cuan arduamente se está trabajando para la prevención de este y cuanto se pretende lograr para poder detener esta situación. Igualmente, validar a través de la literatura la preocupación de todos y la ardua tarea que se está realizando para poder tener una solución al problema del contagio del VIH entre los adolescentes. Los estudios a presentados fueron realizados en Puerto Rico, Estados Unidos y Sur América, lo que valida que esta problemática es mundial y nos preocupa a todos.

Literatura relacionada con el tema

De acuerdo al Centro de Investigaciones de Enfermedades (CDC, 2010) las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que se adquieren por tener relaciones sexuales con alguien que esté infectado. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS, que incluyen: Clamidia,

Gonorrea, Herpes genital, VIH/SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia humana), VPH (Papiloma Humano), Sífilis y Tricomoniasis, entre otras.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un conjunto de entidades clínicas infectocontagiosas agrupadas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre al hijo. La mayor parte de las enfermedades de transmisión sexual son causadas por dos tipos de gérmenes: bacterias y virus, pero algunas también son causadas por hongos y protozoos. Para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), es fundamental conocer su existencia, practicar sexo seguro, utilizar métodos anticonceptivos que protejan del contagio (preservativo o condón) y conocer sus síntomas, para solicitar cuanto antes tratamiento sanitario. También es imprescindible evitar compartir jeringuillas (para el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo) (Woods, 2003; CDC, 2010; OMS (Organización Mundial de la Salud, 2010). Las tres principales formas de transmisión, según Soto y Michel Fariña (s.f); AIDS InfoNet, (2010) son:

- Sexual (acto sexual sin protección). (infección de transmisión sexual). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.
- Parenteral (por sangre). Es una forma de transmisión a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los

servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de *piercings*, tatuajes y escarificaciones.

- Vertical (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

Muchos factores se encuentran afectados por el impacto del SIDA. Este impacto no se limita con exclusividad a las estadísticas sanitarias. Plantea además, un grave problema económico dado el alto costo que implica la asistencia médica de los pacientes. A su vez, el SIDA tiene una repercusión social, y ha modificado conductas y co-hábitos. Las malas condiciones de vida, las dificultades para lograr un acceso fluido a los sistemas

de salud y las carencias educativas de gran parte de la población, favorecen el crecimiento incesante de la epidemia (Soto y Michel Fariña, s.f; AIDS InfoNet, 2010).

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) al hablar del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) señala que el mismo infecta las células del sistema inmunitario y suprime o entorpece su función, lo que acarrea el deterioro progresivo del sistema inmunitario y menoscaba la capacidad del organismo para rechazar las infecciones y enfermedades. En las etapas más avanzadas de la infección sobreviene el sida, que se define por la aparición de una o varias infecciones oportunistas o tipos de cáncer de una lista de más de veinte. El VIH se puede transmitir por las relaciones sexuales (vaginales, anales o bucales) sin protección con una persona infectada, por transfusiones de sangre contaminada y por intercambio de agujas, jeringas u otros objetos contaminados. También puede transmitirse de madre a hijo durante el embarazo, el parto y el amamantamiento. El VIH/SIDA es la principal causa infecciosa de mortalidad en todo el mundo; hasta la fecha se ha cobrado un tributo de más de 27 millones de vidas. Se calcula que cada año mueren por esta causa 2 millones de personas. De aquí la importancia de prevenir este mal.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), algunas formas esenciales de prevenir la transmisión del VIH son, abstenerse de las relaciones sexuales o practicarlas usando correctamente el condón, someterse a las pruebas y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección por el VIH, y no inyectarse drogas en las venas o, si ello no se puede evitar, usar siempre agujas y jeringas desechables nuevas. De acuerdo a esta agencia los medios de comunicación son una forma poderosa de alcanzar a millones de personas de cualquier edad, en campañas de

prevención. Para ello, se tienen que unir el gobierno, la prensa, televisión y la Internet donde tienen acceso millones de adolescentes, los cuales han sido identificados como una de las poblaciones de más riesgo de contagio.

Las escuelas, es otro medio informativo. Sin embargo, no abundan sobre este tema, especialmente en Puerto Rico, que aun existe el tabú al hablar de la educación sexual. Esto es una realidad y debemos de actuar para prevenirlo. Los adolescentes son nuestro futuro. Como poder educar, si la primera fuente de información son los padres y luego las escuelas y no hablan de este tema. La primera fuente de información que muchos consideran, es la información que obtienen de amigos que se encuentran en la misma etapa (Santiago Matos, 2009).

Erik Erickson (1964), la etapa de la adolescencia según Erickson, es definida como la etapa de intimidad o aislamiento, la cual ocurre en la juventud. El compromiso crítico de esta etapa es el de la reciprocidad verdadera en la pareja amorosa. Esta intimidad difiere significativamente de la exploración y la intensa búsqueda previa de una identidad sexual. La virtud que se alcanza en esta etapa es el amor. En relación al uso del condón, un por ciento bajo lo utilizan ya que refieren “no sentirlo igual” y se van confiados a lo que la pareja les dice “que están bien y no tienen nada”.

Muchos de los factores para este problema podría ser, desconocen, no se atreven hablar de ello, no tienen clara la información, la educación que han recibido ha sido pobre, carecen de educación sexual en el hogar o en las escuelas, piensan que saben lo que hacen y nunca les va a suceder nada, presión de grupo, en fin un sin número de cosas, que pueden llevar al contagio de este virus. Aquellos que ya saben que tienen el virus, no

lo hablan ya que sienten miedo al rechazo y al discrimen. A través de esta investigación la meta será, determinar las causas del aumento del virus de VIH en nuestros adolescentes y los factores que influyen a este aumento (Santiago Matos, 2009).

La madurez cognoscitiva parece estar relacionada con el comportamiento sexual más libre de riesgo, por ejemplo, las mujeres jóvenes con preparación académica superior tienen más probabilidad de usar anticonceptivos. De hecho, en algunos lugares donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta, algunas personas jóvenes no se consideran en riesgo, mientras que otros han dicho que si se infectaran, serían otros los responsables y no ellos. Algunos jóvenes hasta ponen en duda la existencia del VIH/SIDA (Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín y Alfaro Alfaro, 2003; Caballero Hoyos, y Villaseñor Sierra, 2003; Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003).

De aquí la importancia de que los profesionales de la salud se involucren en la solución de este problema. Journal Compilation (2008), publicó un artículo que fue escrito por varios profesionales de la salud, señalando la práctica colaborativa para ayudar aquellos adolescentes que padecen del virus de VIH. Estos señalan que el virus de VIH ha impactado a la población de adolescentes dramáticamente. También señalan, que a través del equipo interdisciplinario la responsabilidad del profesional es hacer sentir a ese adolescente, cómodo, seguro, y bienvenido. Que sienta la clínica como su refugio, donde pueda expresar sus sentimientos sin sentirse, juzgados, ridiculizados, prejuiciados y rechazados. Existen varias leyes para la protección a la discriminación tanto al individuo que padece del virus, su familia y amigos. Algunas de estas leyes son: *Americans with Disabilities Act (ADA, 1990)*, Sección 505, *Rehabilitation Act of 1973* y *Title II, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, 1996)*, esta

protege la privacidad del paciente, expediente médico y otra información de salud, entre otras. Esto lo confirma, *The Guild for Press* (2010), en la publicación de un estudio realizado por varios investigadores, lo cuales quisieron probar e implementar unas guías para que las pruebas de VIH en adolescentes fueran mandatorias y evaluar las respuestas de los adolescentes para la implementación de la prueba de VIH mandatorio, de otra manera se haría difícil el manejo de esta condición, como se muestra a continuación con los siguientes estudios.

Investigaciones relacionadas con el tema del estudio

En la revisión de literatura realizada por la investigadora, se encontró que en Puerto Rico existen muy pocos estudios relacionados con los adolescentes y sus conductas de riesgo de contraer el VIH. Uno de los estudios realizados en Puerto Rico, fue desarrollado por Marzan y Varas (2006) los investigadores en su estudio tenían el propósito de investigar las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. De acuerdo a estos autores, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) han sido motivo de estigmatización para las personas que viven con ellos. Esta estigmatización se ha estudiado consecuentemente desde la perspectiva de opiniones de agentes estigmatizantes. Estas opiniones han obviado sistemáticamente el rol de las emociones en el proceso de estigmatización. Los investigadores deseaban identificar el rol de las emociones en el proceso de estigmatización de las personas que viven con el virus (PVVS) por parte de profesionales de la salud. Para lograr este objetivo utilizaron un diseño exploratorio y cualitativo hecho con la técnica de entrevistas semi-estructuradas a profundidad. La muestra estuvo compuesta por 80 profesionales de la

salud y estudiantes de las siguientes especialidades: psicología, trabajo social, medicina y enfermería. Los resultados reflejaron la existencia de emociones asociadas al VIH/SIDA tales como pena, lástima, compasión, asco, fobia y miedo entre los/as profesionales y estudiantes que participaron. Las personas participantes evidenciaron la necesidad de controlar sus emociones al interactuar con PVVS. Los resultados apuntan a la necesidad de explorar aquellos factores que mediatizan las emociones, tales como el contexto social en que se manifiestan y ante quiénes se revelan, para lograr entender a cabalidad el estigma que rodea al VIH/SIDA.

Ese mismo año, Torres, Walker, Gutiérrez, y Bertozzi (2006) realizaron un estudio donde pretendían investigar las estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Su objetivo fue describir el diseño de un estudio en escuelas preparatorias para evaluar una intervención de prevención de VIH/sida y embarazos no planeados, y presentar los resultados de su encuesta basal. Se implementó una intervención sobre VIH/SIDA/ITS, dirigida a adolescentes, incluyendo anticoncepción de emergencia (AE), y se diseñó una evaluación prospectiva aleatorizada controlada para medir la efectividad de la misma. Se llevó a cabo una encuesta basal, de la que se deriva un diagnóstico de los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales de la población objetivo. De las 40 escuelas participantes, 11, 177 estudiantes de primero de preparatoria (52% mujeres; edad media de ambos sexos de 15.5 años) participaron en la encuesta basal. De ellos, 10% de las mujeres y 24% de los hombres dijeron tener experiencia sexual, y únicamente 39% reportó haber usado condón en la primera relación. De los sexualmente activos, un tercio de los hombres y la quinta parte de las mujeres reportaron haber experimentado zafadura

o rotura del condón. La mayor parte de los participantes había escuchado previamente sobre la AE. La baja proporción del uso de condón, aunado al hecho de que se reportan problemas para su uso efectivo, refuerza la idea del diseño de este estudio: proponer un método anticonceptivo de respaldo al condón, como la AE, razonablemente conocida y con disposición para su uso.

Por su parte, Balagi y Voetsch (2007) realizaron un estudio con el propósito de su estudio fue investigar cuantos adolescentes se sometían a la prueba de VIH. En su estudio se concluyó e identificaron que en los Estados Unidos, hay un estimado de 1.1 millones de personas viviendo con VIH, los cuales se han estimado 232,700 que no están diagnosticados. Adolescentes y adultos jóvenes de 13-24 años de edad, representaron un 4.4% comprometidos con el virus y un 9.9% casos no diagnosticados. Un diagnóstico temprano facilita un tratamiento médico y ayuda a estos a la prevención de transmitir es infección a otros.

Mientras que, Davila, Tagliaferro, Bullones y Damelis (2008) llevaron a cabo un estudio en Colombia, específicamente en Bogotá, donde estudiaron el nivel de conocimiento de adolescentes sobre el VIH/SIDA. Su investigación fue descriptiva transversal. La población estuvo constituida por 329 estudiantes de los 4tos y 5tos años de dos unidades educativas públicas del municipio Jiménez. La muestra no probabilística la conformaron 208 estudiantes disponibles durante los días pautados para la visita a las instituciones educativas, a quienes se les aplicó un cuestionario con preguntas sobre el VIH/SIDA, prevención y modo de transmisión. La edad promedio de los participantes fue $15,90 \pm 1,24$ años de edad y 57,2 % eran del género femenino. El 40,9 % reportó un NC "bueno", 51,9 % "regular" y 7,2 % "deficiente". El NC relacionado a las medidas de

prevención muestra que 78,8 % conoce dichas medidas. Un 95,7 % respondió correctamente que el "VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección", 41,8 % respondió incorrectamente que "no hay forma de protegerse contra el VIH". En general los estudiantes presentan un NC "regular", lo que hace necesario la implementación de estrategias educativas para mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo.

Un año más tarde, Gallegos, Villarruel, Loveland-Cherry, Ronis, y Zhou (2008), realizaron un estudio en México. Su investigación fue la intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes. Su objetivo fue determinar la eficacia de una intervención conductual-educativa diseñada para disminuir las conductas sexuales de riesgo de VIH/SIDA y embarazos no planeados de adolescentes mexicanos. El material y métodos fue un ensayo controlado aleatorizado con cuatro seguimientos en un año; 832 adolescentes reclutados de escuelas preparatorias, entre 14 y 17 años, se asignaron aleatoriamente al grupo experimental o al control. La intervención, de seis hrs. de duración, aplicó estrategias de aprendizaje activo. El estudio se realizó en Monterrey, México, de 2002 a 2005. Sus resultados, de acuerdo al análisis GEE, no hubo diferencia en las intenciones de tener relaciones sexuales, pero sí mayor nivel de intenciones de usar condón y anticonceptivos (diferencia de medias 0.15 y 0.16, IC 95%) en el grupo experimental comparado con el control. Variables teóricas como creencias sobre control fueron mediadoras de la intervención. La intervención conductual representa un importante esfuerzo en la promoción de conductas sexuales seguras en adolescentes mexicanos.

Resumen

Además de investigar los factores relacionados con el aumento de casos de VIH en adolescentes, también se revisó otros estudios lo cual se ve afectado la parte emocional, social y el conocimiento que los adolescentes tienen ante este virus. Marzan y Varas (2006), su estudio basado ante la estigma de los profesionales de la salud con aquellos que padecen del virus del VIH, reflejaron la existencia de emociones asociadas al VIH/SIDA tales como pena, lástima, compasión, asco, fobia y miedo entre los/as profesionales y estudiantes que participaron. Este virus puede afectar a todos. No se debe estigmatizar, juzgar, ni rechazar. Hay que brindar mucho soporte emocional aquellos que padecen del virus y educar aquellos que están a riesgo de contraerlo. Lo importante y nuestra meta como Profesionales de la Salud, es la prevención. Hay que continuar trabajando arduamente para minimizar el aumento del virus, a través de los estudios que se continúan realizando.

Capítulo III

Metodología

Introducción

A continuación se presenta la metodología que se llevó a cabo en este estudio. En el mismo se describen entre otros temas: el diseño, población, instrumento, procedimiento y como se han de proteger los derechos humanos de los participantes. El título del estudio es: *Factores Relacionados con el Aumento de Casos de VIH en Adolescentes*. Este estudio que se llevó a cabo fue de tipo descriptivo. Polit y Hungler (2000) la estadística descriptiva se utiliza para describir y sintetizar datos; los promedios y porcentajes corresponden a estas categorías. El propósito de esta investigación era determinar los factores relacionados con el aumento de Casos de VIH en adolescentes. Con los resultados del mismo se espera obtener un perfil más claro del comportamiento sexual de los adolescentes con miras a ofrecer talleres y conferencias de prevención dirigidas a este sector de la población. Además, se espera difundir los datos en las agencias relacionadas con los adolescentes a riesgo como lo son el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, el Departamento de la Familia, entre otros para aunar esfuerzos para disminuir la incidencia de contagio en esta población con el VIH.

Diseño

El diseño de este estudio responde a uno de naturaleza positivista, es cuantitativo de tipo descriptivo. Polit y Hungler (2000) el objetivo del estudio de tipo descriptivo, es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el

desarrollo de la teoría. Se pretende entregar material educativo luego que finalicen de llenar el cuestionario y preguntas que estos presenten ser contestadas. De ser solicitada una charla educativa por algunos de los participantes la misma se ofrecería por la investigadora.

Población y muestra

La población estuvo compuesta de adolescentes entre las edades de 13-19 años de edad. Se estuvo entregando un cuestionario en una plaza pública de un pueblo de la zona metropolitana de San Juan, donde la población es de diferentes estatus social y niveles educativos, donde asisten regularmente estudiantes de escuelas de sector público como privadas. Se seleccionó una muestra de 20 adolescentes y fueron seleccionados por el método de muestreo accidental.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión de muestra:

1. Adolescentes de 13-19 años de edad.
2. De ambos géneros.
3. Que respondan al cuestionario de manera voluntaria.

Criterio de exclusión de muestra:

1. Mayores de 20 años de edad.
2. Menores de 13 años de edad

Instrumento

Se desarrolló un cuestionario para la investigación titulado: *Factores Relacionados con el Aumento de Casos de VIH en Adolescentes*. El mismo se desarrolló basado en la revisión de literatura relacionada con el tema. Polit y Hungler (2000) señalan que un cuestionario es un método para obtener información por autoinforme en el que los participantes se auto aplican las preguntas de un formato y las responden por escrito. Este cuestionario fue diseñado de una forma sencilla con un lenguaje popular para que los adolescentes lo puedan entender. La primera parte del cuestionario es la introducción de la investigadora. Se hará una breve introducción que indique al entrevistado quien realiza la investigación, los objetivos y la colaboración que se pide y en un tema delicado se le indicará que se respetará el anonimato de los participantes y el uso confidencial de la información. Se explicará que los cuestionarios serán guardados bajo llave en un archivo en la residencia principal de la investigadora para su confidencialidad.

La primera parte del cuestionario consiste en los datos socio-demográficos y contiene tres preguntas. Segunda parte consiste en el Perfil del adolescente: conocimiento, conductas y factores que podrían aumentar la incidencia del VIH/SIDA. Esta parte contiene diez preguntas. La tercera parte son los Posibles factores de riesgo relacionados con el aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes. Esta parte consiste en veintidós factores que llevan al aumento de la incidencia de VIH/SIDA. Los participantes seleccionarán estos factores según su opinión y su conocimiento. La última parte del cuestionario es el agradecimiento por la participación y el tiempo que tomarán para completar el cuestionario.

Validez de contenido

Para la realización de este procedimiento, el instrumento será sometido a un proceso de validación de contenido. Polit y Hungler (2000) refieren que la validez comprende diferentes aspectos y técnicas de evaluación, pero, a diferencia de la confiabilidad, es en extremo difícil determinar la validez de un instrumento cuantitativo. La validez de contenido describe la idoneidad del muestreo de reactivos para el constructo que se mide y se aplica a mediciones de atributos cognitivos.

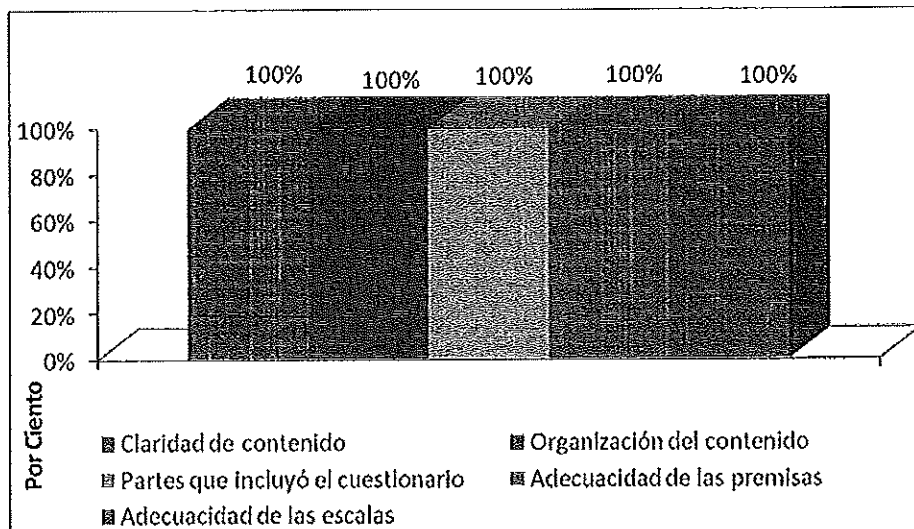
El cuestionario se sometió a una prueba de validación de contenido a través de un panel de expertos según lo recomienda Polit y Hungler (2000). En este caso, se utilizó el Método de Lawshe (1975), el cual provee una tabla para categorizar la opinión de los panelistas por premisa. Las premisas deben ser catalogadas por el grupo de jueces como esenciales o no esenciales, luego de clasificarlas se suman dichas clasificaciones y aquellas que no logren alcanzar el promedio de validación no pueden ser incluidas en el cuestionario. La investigadora utilizó un panel de cinco expertos. Tres de ellos con grado doctoral en educación con especialidad en administración y currículo, y doctores en medicina para que validaran el contenido del cuestionario. Según Lawshe para que una premisa pueda validarse debe obtener un promedio de .99.

Lo primero que los jueces realizaron fue una evaluación general del cuestionario. Antes de proceder a aplicar la prueba de Lawshe. Estos tenían que evaluar en términos generales como la construcción del instrumento en relación con la Claridad del contenido, Organización del contenido, Partes que se incluyeron en el cuestionario (datos socio demográficos, premisas relacionadas con las variables). La Tabla 1 y la gráfica 1

muestran estos resultados. Las respuestas provistas revelan que no todos los expertos catalogaron los cinco criterios generales del instrumento como excelentes o buenos, según se aprecia en la Gráfica 1. Específicamente, el 100% de los expertos opinaron que el instrumento era excelente: 1) las partes que se incluyeron en el cuestionario, 2) adecuación de las premisas para la población bajo estudio. Mientras que la 1) claridad del contenido, 2) organización del contenido, 3) adecuación de las escalas provistas para medir las variables alcanzaron un 80%. Ninguna de las áreas del cuestionario evaluadas por los jueces fue catalogada como pobre ni regular.

Tabla 1. Distribución porcentual del panel de expertos por criterio generales para la evaluación del instrumento

Áreas	Excelente		Bueno		Regular		Pobre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Claridad del contenido	4	80	1	20	--	--	--	--
Organización del contenido	4	80	1	20	--	--	--	--
Partes que se incluyeron en el cuestionario	5	100	--	--	--	--	--	--
Adecuación de las de las premisas para la Población bajo estudio	5	100	1	20	--	--	--	--
Adecuación de las escalas provistas Para medir las variables	4	80	1	20	--	--	--	--



Nota: En las secciones de 100% se sumaron los renglones de bueno y excelente, según opinaron los jueces del panel.

Gráfica 1. Distribución porcentual del panel de expertos por criterios generales para la evaluación del instrumento (categoría buena y excelente integrada)

En la Gráfica 1 se sumaron las secciones que alcanzaron excelente y bueno, ya que son las aceptadas como parte de la validación de un cuestionario, e indican en términos generales las tendencias de aceptar o no dichas secciones una vez se someta el mismo al método Lawshe. En este caso, todas las secciones que alcanzaron el 100% fueron: 1) Claridad del contenido, 2) Organización del contenido, 3) Partes que se incluyeron en el cuestionario, 4) Adecuación de las premisas para la población bajo estudio y la 5) Adecuación de las escalas provistas para medir las variables. Una vez evaluado el cuestionario en términos generales por los jueces y los jueces procedieron a evaluar las premisas para determinar si las mismas eran esenciales o no para formar parte del cuestionario y del estudio. Las premisas del cuestionario se sometieron al proceso de validación utilizando el Método Lawshe. Los datos en la Tabla 2 indican que el Cuestionario fue evaluado por cinco jueces. La razón de validez de contenido para cinco jueces fue de 0,99 centésimas. A base de este criterio los jueces recomendaron eliminar

algunas premisas, modificar algunas de ellas y que se quedaran la gran mayoría de los ítems. Al excluir las premisas o modificarlas y mantener aquellas premisas que los jueces estuvieron de acuerdo con ellas el Cuestionario tiene una validez de contenido (IVC) de 99 centésimas. Sobre las premisas a ser eliminadas, los jueces indicaron pueden ser salvables siempre y cuando se justifiquen o se modifiquen y ofrecieron sus observaciones sobre este particular.

Tabla 2. Características del Cuestionario evaluadas utilizando la técnica de Lawshe

Dimensiones del cuestionario	Cantidad de ítems		Validez de contenido		Número de premisas a eliminar o añadir
	Antes	Después	Antes	Después	
Datos socio demográficos	2	3	.99	.99	Ninguna, se añade una premisa
Datos sobre factores que aumentan la incidencia VIH/SIDA	10	10	.99	.99	Se elimina la premisa 7, se añade una premisa
Datos sobre posibles razones sobre el aumento de la incidencia VIH/SIDA	18	22	.80	.99	Se eliminan la 6, 9, 10, 11 y 12 se añaden 4 respuestas
Cuestionario	31	35	.93	.99	Ver recomendaciones en la sección de modificaciones del cuestionario

Modificaciones del cuestionario

Una vez evaluado el instrumento desarrollado por la investigadora, los jueces emitieron algunas recomendaciones y comentarios. Para que el cuestionario pudiera

alcanzar la validación fue necesario modificar algunas de las premisas o justificar aquellas que alguno de los jueces indicaron que eran innecesarias o algo confusas o repetitivas. Las modificaciones, eliminación o justificación de la existencia de las premisas se detallan a continuación, las mismas han de mencionarse según el orden en que se dan en el cuestionario.

Recomendaciones hechas por los jueces

1. Instrucciones generales: Clarificar la misma especialmente refiérase a los participantes como adolescentes, tratarlos de tu, para ganar más confianza y clarificar el concepto anonimato del sujeto y la confidencialidad de la información. Esta recomendación fue acogida por la investigadora y se procedió a clarificar las instrucciones generales del cuestionario y clarificar los conceptos confidencialidad, el cual está relacionado con la información que se obtenga del cuestionario, y el anonimato, que tiene que ver con la identidad del sujeto (Polit y Hungler, 2000).
2. En la parte I, relacionado con los datos socio-demográficos los jueces indicaron lo siguiente:
 - a. Añadir el grado académico que cursan los participantes. Se añade esta premisa, ya que se entiende que es relevante conocer el grado en que asisten los adolescentes encuestados, debido a que esto ayudará a desarrollar un mejor perfil, para cuando se desarrollen estrategias de acción e impacto a esta población en el área de la salud (Kozier, 2009).
 - b. Delimitar la edad en que se divide la premisa 1 relacionados con la edad a 13-14 años, 15-16 años, 17-19 años. En este caso, para evitar que una de

las escalas obtuviera menos respuesta que otra agrupadas, se procedió a agrupar las edades en espacios de 3. Para ello, se utilizó la definición de la Organización Mundial de la Salud, de lo que es un adolescente temprano, mediano y tardío. Según este organismo internacional dicho periodo se extiende desde los 10 años a los 19 años, mientras otros autores lo extienden hasta los 20 años. Para ser un poco más conservadores, para efectos del estudio las edades de la adolescencia son el periodo que comprende entre la edades de 11 a 19 años. Esto con el propósito de que la investigadora no se alejara tanto de la definición dada por la OMS y atemperarlo a la realidad del desarrollo de los adolescentes puertorriqueños.

3. En la parte II, relacionado con los factores que aumentan la incidencia
 - a. Añadir al título “incidencia del VIH/SIDA”. Se añade lo solicitado para clarificar el título de la sección.
 - b. Añadir instrucciones en la parte II. Se añadió las mismas para no confundir a los participantes.
 - c. Agrupar todas las preguntas que se contestan con SI o NO para que se les haga más fácil a los participantes contestar. Debido a que el estudio, es tipo encuesta, se procede a agrupar las preguntas que tienen este tipo de respuestas, para que a los participantes se les haga más fácil contestarlo y acorte el tiempo de las respuestas y de entrega del cuestionario. Las encuestas de acuerdo a Polit y Hungler (2000) son en la mayoría telefónicas, o en público, en lugares poco usuales donde la privacidad de

los sujetos no está garantizada como lo son las playas, plazas, supermercados, entre otros. Por ser una encuesta esta debe ser lo más sencilla posible, atractiva en su tema y no puede tomar mucho tiempo para los posibles participantes.

- d. En la premisa 3 relacionada con la pregunta, donde has recibido información acerca del VIH/SIDA, eliminar la respuesta hogar y sustituirla por padres. Especificar en las instrucciones para esta premisa que el participante puede marcar más de una respuesta. Se corrige la premisa, y se colocan las instrucciones solicitadas, ya que lo que busca la investigadora es conocer donde es que reciben la información, la cual puede darse de diversas fuentes.
- e. En la premisa 7 relacionada con la utilización de protección durante la relación sexual, colocar la premisa "No, tengo relaciones sexuales, es no me aplica" al principio. Eliminar la frase "los uso" de la respuesta uno de esta premisa. En esta premisa se le añade esa frase y se clarifica el SI y NO que aparecían en las respuestas, para delimitar específicamente a lo que se exponen los adolescentes cuando tienen relaciones sexuales según aplique.
- f. En la premisa 6, relacionada con la pregunta si los participantes usan condón, se debe añadir "No, tengo relaciones sexuales, es no me aplica" al principio. Se mueve la respuesta al principio, para no confundir al adolescente que no tiene relaciones sexuales al emitir su respuesta. De acuerdo a Polit y Hungler (2000) las respuestas que no aplican deben estar

al principio de la premisa, para no hacer perder el tiempo al participante buscando una respuesta que se ajuste a su realidad. Cuando este cree que no tiene que ver con un tema que le atañe.

- g. Eliminar la premisa 8, si fumas. Se elimina pues no se le encontró la pertinencia en el estudio. Puede ser que el adolescente que fuma se una a grupos liberales, ya que el fumar siendo menor de edad es una conducta ilegal. El retar a la autoridad es una conducta común de los adolescentes, que lo pueden unir a grupos que delincan en otros aspectos sociales que al final perjudiquen su salud (Departamento de Estado, Programas de Información Internacional (enero de 2005).
 - h. Añadir en la premisa 9, relacionado con la ingesta de alcohol, la frase “frecuentemente”. La misma fue añadida para clarificar la premisa.
 - i. La premisa 10, relacionado a si usan drogas ilícitas, añadirle “has usado”. Para efectos del estudio, y no confundir al participante, se crea otra premisa que indicara “Has usado alguna vez drogas ilícitas”. De acuerdo a Polit y Hungler (2000) los cuestionarios deben tener preguntas y respuestas mutuamente excluyentes. Esto ayuda a que la recopilación de datos sea una más certera y precisa.
4. En la parte III, relacionado con las posibles razones en el aumento en la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.
- a. Clarificar las instrucciones, que la misma diga: “Favor de marcar con una (X) cuál de los siguientes factores que aparecen en la lista que se muestra a continuación crees contribuye más al aumento del VIH/SIDA entre los

adolescentes” Se coloca las instrucciones sugeridas por los jueces para clarificarlas, de manera que se obtengan las respuestas deseadas por los participantes y evitar que estos se confundan.

- b. Enumerar todas las respuestas que aparecen en esta sección. Se enumeran para efectos del estudio, y para que se haga más fácil el futuro análisis estadístico. También esto le da orden y organización al cuestionario (Polit y Hungler, 2000).
- c. Añadir la premisa sexo anal. Se añade la premisa, para especificar los tipos de relaciones que tienen los adolescentes y diferenciarla del sexo oral.
- d. La respuesta 4 debe especificar que son los fluidos y colocarlos entre paréntesis (saliva, semen, flujo vaginal). Se clarificó la premisa según solicitado, de manera que los participantes la entiendan.
- e. Eliminar en la premisa 7, la palabra profilácticas, por preventivas. Se clarifica la premisa para no confundir a los participantes.
- f. Eliminar las premisas confusas como “conductas negativas, miedo hacerse la prueba, frecuentar discotecas o pubs. Se eliminan las premisas conductas negativas, se añaden por ella las premisas, estar en gangas, promiscuidad (cambio de parejas frecuente), tener relaciones sexuales con desconocidos, fugarse de la casa. Este tipo de conductas aunque son negativas son más específicas y muy útiles para la encuesta que se desea realizar. Con ello, se clarifica la premisa 9 el tipo de conducta negativa. Sin embargo, se mantiene asistir a pubs o discotecas, ya que en estos

- lugares frecuentemente los adolescentes tienen contacto con adultos, ingieren alcohol o se exponen al uso de drogas, aspectos que hacen que pierdan la inhibición y aumente el riesgo de tener relaciones sexuales.
- g. Cambiar la respuesta 15, en vez de decir "los adolescente que se han dado de baja de la escuela" que indique "Deserción escolar". Se clarificó la premisa según solicitado, de manera que los participantes la entiendan.
 - h. Eliminar la respuesta 16 que indica Pobreza y añadir, estar con malas amistades. Se elimina la premisa y se añade la solicitada, se piensa que es pertinente, los consejos que puedan dar las malas amistades pueden ser determinantes para que los adolescentes se exponga el VIH/SIDA.
 - i. Eliminar la respuesta 18 que indica Genes. Esta no se considera significativa, ya que el virus no se trasmite por el tipo de gen que tengan los adolescentes. Ni se ha asociado con ello, esta enfermedad.
 - j. Eliminar la premisa que dice Alcohol, la misma está repetida, al referirse a bebidas alcohólicas. Se menciona solo una de las premisas como lo sugirió el juez que evaluador. Esto evita confundir al participante.
 - k. Eliminar la premisa falta de orientación ya que esta se relaciona con la falta de educación que ya aparece como parte de una de las premisas. Por ello, se deben añadir las premisas, falta de educación sexual, transfusiones, Participar en fugas de la escuela en esta sección. Se añaden las premisas solicitadas y se eliminan las solicitadas en esta sección. Esto ayudó a clarificar mejor las respuestas disponibles para los participantes, y

transformar el cuestionario en uno más válido, de manera que pueda resultar creíble los resultados que se obtengan a través del mismo.

En resumen, se hicieron los cambios de las premisas con errores ortográficos, se justificaron aquellas premisas con la literatura que la investigadora pensaba que eran necesarias en su estudio, y también se clarificaron aquellas premisas que así lo solicitó el panel de jueces. Además se colocaron el orden numérico donde era necesario y se cambiaron de orden para efectos estéticos y para organizar mejor el cuestionario de modo que facilite su cumplimentación. Los cambios más significativos que sufrió el cuestionario fueron relacionados con las instrucciones generales y específicas de alguna de las secciones del cuestionario las cuales fueron clarificadas. También, se añadió una premisa en la parte I de datos socio-demográficos. En la parte II, se colocaron en tabla aquellas premisas que se contestaban con un SI o NO y se añadió una premisa y se clarificaron dos de ellas. En la parte III, esta sección fue la más que recibió recomendaciones y modificaciones, esta sección originalmente contaba con 18 premisas, y finalmente quedó constituida por 22 respuestas, las cuales fueron enumeradas. Se eliminaron unas 5 respuestas, se añadieron 4, y se clarificaron unas 10 de ellas. Con todos estos cambios, el cuestionario sufrió modificaciones especialmente en el número de respuestas, no en el número de premisas.

El cuestionario original tenía 31 premisas, mientras que la versión final cuenta con 35 premisas. Esto hizo que el cuestionario alcanzara una validez de 0.99 centésimas, lo que supone, de acuerdo con Lawshe (1975), que el cuestionario es válido para medir las variables del estudio para el cual fue creado. La versión modificada fue la que se presentará al IRB del Sistema Universitario Ana G. Méndez.

Procedimiento

Para la realización de este procedimiento se siguieron las recomendaciones hechas por Polit y Hungler (2000) y el Comité de Derechos Humanos (IRB) del Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM), el cual es utilizado en este tipo de investigaciones. Este estudio se sometió el mismo al IRB del SUAGM para su aprobación. En este caso, por ser un estudio que se llevó a cabo en la plaza de recreo de un pueblo de la zona metropolitana de San Juan. Es decir, que la investigación se llevó a cabo en un lugar público donde la investigadora no requirió de autorización para llevar a cabo el estudio de alguna agencia en particular. Una vez recibida la autorización del IRB, antes mencionado, la investigadora procedió a ubicar una mesa informativa visible a los potenciales participantes, donde le ofreció una hoja informativa relacionada con el estudio. La investigadora ha seleccionado la plaza de recreo, como estrategia de reclutamiento, ya que es un punto común de reunión de los adolescentes. Esta hizo contacto directo con los mismos y le explicó previo a presentarle una hoja informativa el propósito del estudio. Los que aceptaron participar voluntariamente, la investigadora procedió a presentarle la hoja informativa y le dio un tiempo razonable (15 minutos) para que el adolescente la leyera y preguntara en caso de tener dudas. En la hoja informativa hay un cintillo que dice: **“Advertencia: Este cuestionario tiene algunas preguntas sensibles, donde tú tienes la opción de no contestarlas. Puedes completar las preguntas que desee, o entregar el cuestionario y abandonar el estudio sin ninguna represalia”**. Esto para mantener informado al adolescente del tipo de cuestionario que le sería entregado. Si el adolescente decidía participar, se llevaba a un gacebo previamente identificado donde no había personas presentes, ni sentados en el mismo. En este gacebo

la investigadora tenía una mesa con una silla donde se sentaba el participante y donde la investigadora le hizo entrega del cuestionario. La investigadora estuvo cerca, no en la misma mesa, para asegurar la confidencialidad de los datos que estaba contestando el adolescente. Estuvo sentada en uno de los bancos de gacebo donde se estaba llevando a cabo el estudio con el propósito de asegurar la privacidad del sujeto y la confidencialidad de los datos, además, para estar disponible para aclarar dudas o preguntas que surgieran del adolescente que estuvo completando el cuestionario. La investigadora no permitió que otras personas ni adolescentes se acercaran mientras el participante estuvo completando el cuestionario. El mismo fue contestado de manera anónima, guardando la confidencialidad y privacidad del sujeto y su información en todo momento. Para ello, la investigadora en la misma mesa tenía disponible una urna que una vez el cuestionario era completado por el adolescente, este lo depositaba en dicha urna. Una vez el cuestionario era depositado en la urna, la investigadora procedió a dar las gracias por la participación al adolescente, al cual despidió, y procedió a reclutar al próximo participante. Es decir, que el reclutamiento y la manera que se contestaba el cuestionario eran de forma individual. En ningún momento fue grupal. La investigadora siempre tuvo acceso y visibilidad donde se encontraba la mesa y la urna, pues el reclutamiento se hizo por contacto directo a los adolescentes que frecuentemente pasaban por el lado de dicho gacebo.

La investigadora ha seleccionado esta manera de reclutamiento hecha por otros autores Helweg-Lasen, & Böbing-Larsen (2003) y Rew, Taylor-Seehafer, & Thomas (2000) debido a que el tema es sensitivo y a su vez se hace difícil la aprobación del mismo en instituciones donde esté cautiva la población. Además, Polit, & Beck (2010) y

McIntosh (1999) señalan que el reclutamiento y conducir estudios en lugares públicos es una de las estrategias en el campo de la enfermería comunitaria y de salud pública. Esta manera de reclutar es más cónsona con el tipo de estudio presentado, ya que los resultados de una población seleccionada al azar de un espacio público no es lo mismo que la de un espacio cerrado o con población cautiva. Se ha comprobado que en estudio como el presentado los adolescentes responden mejor a este tipo de preguntas hechas en un cuestionario. Esta es la mejor estrategia para poder obtener de manera más certera y honestas las respuestas de los adolescentes que ayuden a identificar las conductas de riesgo asumidas por estos que los pudieran llevar al contagio de VIH. Aunque las preguntas que contiene el cuestionario algunas son sensitivas, la investigadora enfatizó previo a que el adolescente contestaran el cuestionario, que el mismo contenía preguntas que lo podían hacer sentir incomodo y que si deseaba no tenía que contestarlas. Los riesgos de contestar este tipo de cuestionario eran mínimos, los participantes podían sentirse levemente ansiosos y aburridos al contestar el cuestionario. A pesar de este riesgo y el que se trate de una población con menores de edad el tema se hace relevante ante el aumento de casos de VIH entre los adolescentes.

Por experiencias previas de estudios relacionados, los autores tales como Greene & Miller (2008) y Hirsch, Del Rio, & Herold (1999) solicitaron un relevo (waiver) del consentimiento de los padres, ya que los adolescentes que participan en estudios sensitivos como este, al solicitar el permiso de los padres muchas veces estos últimos le niegan este permiso, o los adolescente cuando los padres le otorgan el permiso se niegan a contestar honestamente por temor a represalias. Las personas pueden rechazar su vinculación a una investigación por temor a una ruptura de confidencialidad. Añade, Montoya Montoya

(2005) que en estudios con poblaciones vulnerables la revelación de la condición de la enfermedad o conducta inapropiada puede significar la pérdida o de oportunidades en la familia, estatus ante compañeros, escuela o un beneficio gubernamental al conectar su firma en el consentimiento en algún tipo de estudio. Si bien el investigador no desea causar daño y, por el contrario, busca mejorar las condiciones de salud de su población, el estudio puede tener sus efectos colaterales irreversibles que aumentan la vulnerabilidad social o económica de los participantes. Ante esta situación es conveniente se otorguen los beneficios de un waiver en todo documento que conecte algún tipo de identificador al participante con los datos del estudio para minimizar este tipo de controversia procesal. Por eso, la investigadora no cree conveniente pedir un asentimiento a los adolescentes, ya que tendría el mismo efecto psicológico o cercano, del temor a ser descubierto o revelada su información, si se hubiese obtenido el permiso de sus padres. Este proceso es recomendado por Reich (1995) un autor clásico en temas de investigaciones pediátricas.

Por otro lado, según Polit, & Beck (2010) la tendencia en las investigaciones de enfermería es acercarse a la comunidad para palpar de primera mano los problemas que aquejan a poblaciones a riesgo. Las investigaciones que se dan en estancias de la comunidad (barrios, urbanizaciones, comercios, plazas públicas, entre otros) se salen de los patrones de aquellos estudios que se realizan en poblaciones cautivas (pacientes hospitalizados, estudiantes en escuelas, cárceles, entre otros). Estas tienen la ventaja de que los participantes tienden hacer más honestos en sus respuestas cuando se trata de temas sensitivos en comparación de aquellos que están en lugares fijos o cerrados donde se le requiere la firma de documentos o está siendo observado por otros participantes (cuando se hace en salones con grupos). De acuerdo a Polit, & Beck (2010) enfermería

para poder desarrollar verdaderas estrategias de intervención cercana a la realidad de las poblaciones a riesgo debe conducir estudios menos estructurados y estrictos que le permitan más libertad y menos coacción de los participantes. Esto a través de encuestas comunitarias, que no aten al participantes a firmas, o posibles identificadores que disminuyen su respuesta. La conducción de estudios en lugares públicos en enfermería son relativamente recientes, pero su utilidad es valiosa, ya que los resultados de dichos estudios pueden compararse con aquellos estudios tradicionales que se realizan en lugares cerrados. Lo común de este tipo de encuesta es que esta se realice cara a cara a personas en la calle, por ejemplo, en los centros comerciales, cerca del local de una empresa, cerca de parques, plazas, entre otras, siempre salvaguardando la confidencialidad de los datos y la privacidad hasta donde sea posible de los participantes. De hecho, existe en la actualidad la tendencia de realizar este tipo de encuestas como las descrita, y otras como lo son las realizadas por teléfono, vía correo postal, o por Internet (página web o vía correo electrónico) como un medio privado donde el investigador no tiene contacto físicamente con los sujetos, precisamente ante la problemática de la desconfianza que existe en las encuestas cuando los sujetos tienen que firmar algún documento que puedan identificarlos, lo que hace que los resultados en ocasiones obtengan información sesgada o datos falsificados.

Ante lo explicado, se justifica la solicitud de la investigadora para realizar su estudio en un lugar público a menores de edad sin el consentimiento de los padres, siguiendo la regla 45 CFR 46.116 (d) ya que la investigación no podría llevarse a cabo sin el relevo o alteración y la regla 45 CFR 46.117 (c) ya que el único expediente que conecte el participante con la investigación sea el documento de consentimiento y el

riesgo principal sea el daño potencial como resultado de un incumplimiento de la confidencialidad. Cada participante fue informado si quiere que haya documentos que le relacionen con la investigación y se le concedería su deseo (se le ofreció la hoja informativa de desearla). Este proceso se llevó a cabo en estricta confidencialidad y privacidad, respetando la decisión del sujeto en formar parte o no del estudio. Una vez culminado el estudio, la investigadora procedió a recoger la mesa y la urna donde se encontraban los cuestionarios contestados para su tabulación y análisis.

Protección de derechos

La investigadora para apoyar y formar parte de un proceso ético y correcto durante su estudio de investigación tomó las certificaciones del IRB, HIPAA y RCR relacionados con las leyes federales de confidencialidad y protección de los derechos humanos. Para garantizar la protección de los sujetos, se observaron los principios de confidencialidad, protección de la identidad. Se le explicó que la participación en la investigación era voluntaria y que el riesgo de completar el instrumento se consideraba mínimo. Los participantes podían sentirse levemente ansiosos y aburridos al completar el instrumento.

La investigadora durante el reclutamiento proveyó a los participantes la información necesaria para garantizar la participación voluntaria, por conveniencia y la cuota determinada de los participantes. Esta solicitó un relevo de consentimiento de los padres y de asentimiento de los menores (waiver), debido a que el estudio se llevó a cabo en un lugar público (plaza de recreo), el tema seleccionado era un tema sensitivo, y donde se ha comprobado que el uso del consentimiento a los padres ha coartado a los

participantes de contestar abiertamente las preguntas de estudios sensitivos como el presentado (Greene & Miller, 2008; Hirsch, Del Rio, & Herold, 1999; Polit, & Beck, 2010). El uso de un consentimiento de los padres sería una desventaja significativa en el estudio, incluyendo la solicitud de un asentimiento a los adolescentes, ya que los mismos resultaría en un posible sesgo en las respuestas de los participantes, lo que resultaría un estudio con resultados poco confiables, especialmente, en estudios donde se aplica el principio dado en la regla 45 CFR 46.116 (d). La aprobación del estudio lo hizo el IRB del SUAGM para poder comenzar el mismo en el lugar seleccionado por la investigadora. El participante durante el estudio podía retirarse en el momento que él lo deseara, sin ser coaccionado por la investigadora. Se les explicó de antemano a los participantes el beneficio potencial de formar parte de la investigación y la importancia de la misma, ya que los participantes no recibieron compensación económica. La investigadora estuvo disponible en todo momento para contestar preguntas o dudas sobre el estudio. De hecho, el riesgo de participar en esta investigación era mínimo, ya que el estudio consistía en llenar un cuestionario en el cual algunos participantes podrían expresar ansiedad leve y aburrimiento durante el proceso de cumplimentar el mismo. Una vez recolectados los cuestionarios, estos fueron custodiados por la investigadora. Los cuestionarios fueron guardados bajo llave en un archivo en lugar seguro en la residencia principal de la investigadora hasta el tiempo máximo determinado por el IRB (cinco años). Una vez concluido este periodo la investigadora procederá a destruir los cuestionarios haciendo uso de una trituradora de papel. El estudio está garantizado por lo que se les asegura a los participantes por adelantado, la revisión periódica de las medidas apropiadas para

proteger sus derechos, bienestar y dignidad como seres humanos que participan en un estudio de investigación.

Análisis estadístico

El análisis estadístico que se utilizó en este estudio fue la estadística descriptiva y de tendencia central como lo es el por ciento, frecuencia y promedio. En caso de los datos demográficos los mismos se analizaron mediante estadísticas descriptivas de por ciento y promedio, igual se hizo para medir los objetivos del estudio. Polit y Hungler (2000) señalan que el análisis estadístico constituye un método para presentar la información cuantitativa de manera significativa y comprensible. Los procedimientos estadísticos permiten al investigador reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica.

Resumen

El propósito de la metodología de este estudio fue investigar los factores de riesgo que conllevan al aumento del virus de VIH en los adolescentes. A través del cuestionario se identificaron los factores de riesgo. Una vez se identificaron los factores de riesgo, se desarrollaron recomendaciones estratégicas para poder minimizar el aumento del virus en los adolescentes. La meta de este estudio es reforzar la educación, promoción de la salud y prevención hacia esta situación.

Capítulo IV

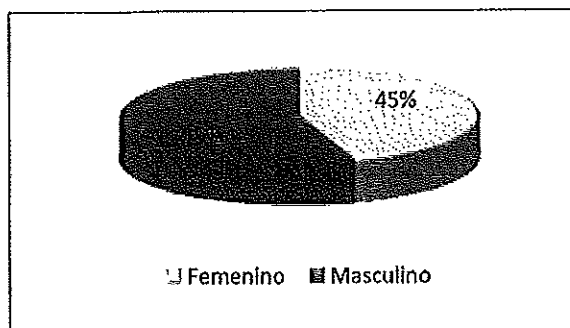
Hallazgos

Introducción

Este estudio fue diseñado con el propósito de medir los factores relacionados con el aumento de casos de VIH en adolescentes. En este capítulo se presenta el análisis de los datos demográficos y de interés surgido como resultado de la aplicación del cuestionario diseñado para la colección de datos sobre el tema. Una vez presentado los datos socio-demográficos se presentaran los datos relacionados con el conocimiento y los factores de riesgo a los cuales están expuestos los adolescentes que pudieran repercutir en el contagio del VIH. Una vez presentados estos se procederá a contestar la pregunta del estudio y los objetivos del mismo, seguido de las conclusiones, el análisis a base del marco conceptual, implicaciones para enfermería, la limitaciones y las recomendaciones.

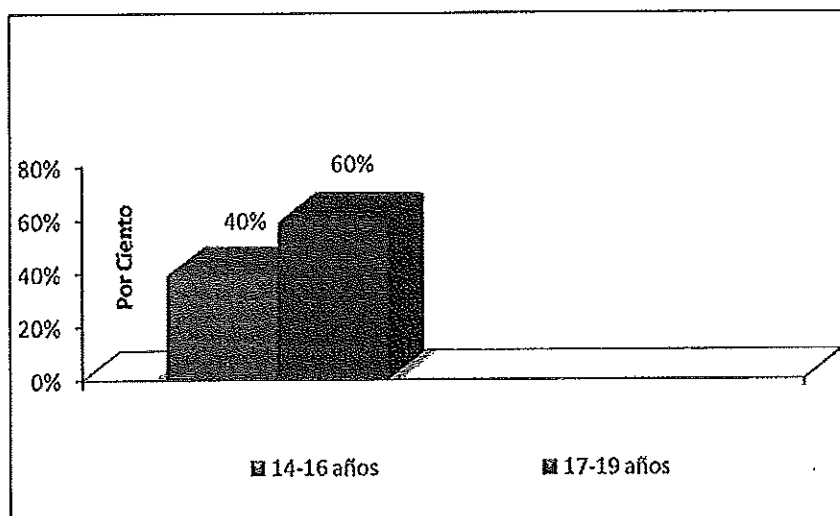
Análisis de los datos socio demográficos

A continuación se presentan los datos socio demográficos de los participantes, estos fueron adolescentes de entre 13 a 19 años, que respondieron a una encuesta en un lugar público (plaza de recreo) en un pueblo de la zona metropolitana de San Juan. La muestra estuvo compuesta de 20 adolescentes.



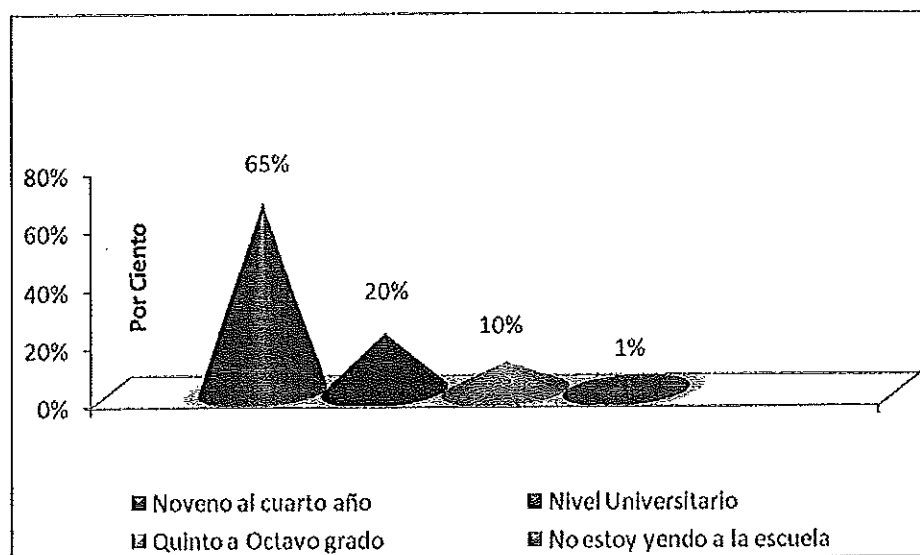
Gráfica 2. Distribución de la muestra por género

La Gráfica 2 presenta la distribución de la muestra por género. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 55% estuvo constituida por el género masculino. Mientras el 45% son del género femenino.



Gráfica 3. Distribución de la muestra por grupo de edad donde se encuentra.

La Gráfica 3 presenta la distribución de la muestra por grupo de edad donde se encuentra. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 60% tiene entre 17-19 años. Un 40% indicó que tiene entre 14-16 años de edad. La edad promedio fue calculada a 18 años.



Gráfica 4. Distribución de la muestra por nivel de grado académico.

La Gráfica 4 presenta la distribución de la muestra por nivel de grado académico. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 65% está entre noveno al cuarto año, otro 20% indicó estar en otro especificando en nivel universitario. Un 10% refirió estar entre quinto al octavo grado y 1% expresó no estar yendo a la escuela.

Tabla 3. Distribución de la muestra por nivel de factores que aumentan la incidencia de VIH/SIDA.

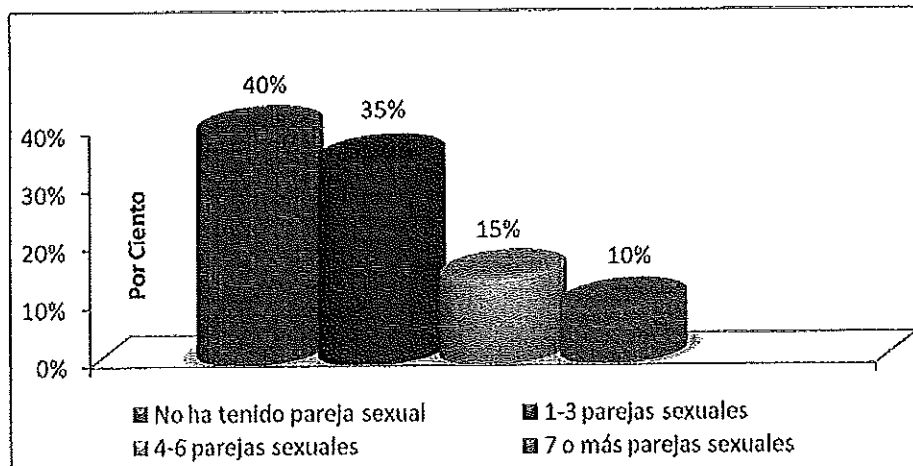
FACTORES	SI		NO	
	f	%	f	%
Sabe lo que es el virus de VIH/SIDA	20	100	0	0
Está activo(a) sexualmente	10	50	10	50
Ingiere bebidas alcohólicas frecuentemente	2	10	18	90
Usa drogas ilícitas	0	0	20	100
Ha usado alguna vez drogas ilícitas	6	30	14	70
Visita frecuentemente discotecas o pups	6	30	14	70

En la Tabla 3 sobre la distribución de la muestra por nivel de factores que aumentan la incidencia de VIH/SIDA se obtuvo lo siguiente: Un 100% refiere saber lo que es el virus de VIH/SIDA y otro 100% expresa no usar drogas ilícitas. El 90% indicó no Ingerir bebidas alcohólicas frecuentemente, el 10% señaló que si. Un 70% refiere no haber usado alguna vez drogas ilícitas, por otra parte 30% expreso que sí. De la muestra 70% indicó no realizar visitas frecuentes a discotecas o pups, mientras un 30% si. Por ultimo 50% refirió estar activo sexualmente, por otra parte 50% señaló que no.

Tabla 4. Distribución de la muestra sobre donde recibió información acerca del VIH/SIDA.

FUENTE	f	%
Escuela	16	80
Padres	13	65
Amigos	6	30
Internet	8	40
Médico	3	15
Enfermera	1	5
Otros	1	5

En la Tabla 4 sobre la distribución de la muestra sobre donde recibió información acerca del VIH/SIDA se obtuvo lo siguiente: Un 80% refiere saber lo que es el virus de VIH/SIDA por la escuela y otro 65% expresa saberlo por sus padres. Un 40% refiere saberlo por internet, por otra parte 30% expresó tener información a través de sus amigos. De la muestra 15% indicó tener conocimiento por el médico. Por último el renglón de enfermera y otros obtuvo un 5% respectivamente.



Gráfica 5. Distribución de la muestra por parejas sexuales que has tenido.

La Gráfica 5 presenta la distribución de la muestra por parejas sexuales que has tenido. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 40% no ha tenido pareja sexual. Un 35% indicó que ha tenido entre 1 y 3 parejas sexuales. Otro 15% expresó que ha tenido entre 4 y 6 parejas sexuales y por último un 10% refirió que ha tenido 7 o más parejas sexuales. Es decir, el 60% ha tenido más de una pareja sexual, en promedio han tenido 4 parejas sexuales.

Tabla 5. Distribución de la muestra por nivel de uso del condón como método de protección.

	f	%
No tengo relaciones sexuales, eso no me aplica	8	40
Si los uso cuando tengo relaciones sexuales	5	25
No los uso a pesar de que tengo relaciones sexuales	7	35
Total	20	100

La Tabla 7 presenta la distribución de la muestra por nivel de uso del condón como método de protección. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 40% no tienen relaciones sexuales, 35% indicó que no los usa a pesar de que tienen relaciones sexuales y 25% expresó si usarlos cuando tienen relaciones sexuales.

Tabla 6. Distribución de la muestra por razones para no utilizar protección.

	f	%
No tengo relaciones sexuales	8	40
Siempre los uso	4	20
No me gusta	4	20
No se siente igual	4	20
No se utilizar eso	0	0
Total	20	100

La Tabla 6 presenta la distribución de la muestra por razones para no utilizar protección. Los datos presentan que la mayoría de la muestra, 40% no tiene relaciones sexuales. Un 20% indicó que siempre los usa. Otro 20% expresó que no le gusta y por último un 20% refirió que no se siente igual. En promedio un 40% no usa condones cuando tiene relaciones sexuales.

Tabla 7. Distribución de la muestra por nivel de posibles razones del aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.

FACTORES	f	%
1. Tener relaciones sexuales	20	100
2. Tener sexo oral	15	75
3. Tener sexo anal	19	95
4. Ser adicto sexual	16	80
5. Estar en contacto con fluidos del cuerpo (sangre, fluidos vaginales, saliva, semen).	17	85
6. Pobre conocimiento sobre el tema de VIH/SIDA.	14	70
7. Falta de uso de medidas preventivas para evitar una enfermedad venérea.	16	80
8. Creer el no estar a riesgo en contraer el virus.	13	65
9. Estar en gangas.	2	10
10. Fugarse de la casa.	4	20
11. Participar en fugas de la escuela.	5	25
12. Ser promiscuos (cambiar de pareja frecuentemente).	20	100
13. Tener relaciones sexuales con desconocidos.	18	90
14. Usar drogas ilícitas.	10	50
15. Ingerir bebidas alcohólicas.	4	20
16. Utilizar agujas contaminadas.	19	95
17. Frecuentar discotecas y pups.	4	20
18. Dejar de asistir a la escuela, darse de baja de la escuela (deserción escolar).	1	5
19. Estar con malas amistades.	4	20
20. Responder a la presión del grupo de amistades.	7	35
21. Adquirir el virus al nacer por medio de su madre.	10	50
22. Adquirir el virus por transfusiones de sangre.	10	50

En la Tabla 7 distribución de la muestra por nivel de posibles razones del aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes se obtuvo lo siguiente: Las factores de tener relaciones sexuales y ser promiscuos (cambiar de pareja

frecuentemente) recibieron un 100%. Utilizar agujas contaminadas y tener sexo anal recibieron un 95%, tener relaciones sexuales con desconocidos 90% y estar en contacto con fluidos del cuerpo (sangre, fluidos vaginales, saliva, semen) obtuvo 85%. Los factores de, ser adicto sexual y falta de uso de medidas preventivas para evitar una enfermedad venérea obtuvieron un 80% respectivamente. También se indica que, tener sexo oral obtuvo 75%, pobre conocimiento sobre el tema de VIH/SIDA 70% y creer el no estar a riesgo en contraer el virus 65%. Por otra parte, adquirir el virus al nacer por medio de su madre, usar drogas ilícitas y adquirir el virus por transfusiones de sangre alcanzaron un 50% respectivamente. El factor responder a la presión del grupo de amistades obtuvo un 35%, participar en las fugas de la escuela obtuvo 25%, pero curiosamente, las razones, fugarse de la casa, estar con malas amistades, frecuentar discotecas y pups e ingerir bebidas alcohólicas obtuvieron un 20% cada una. Estar en gangas solo obtuvo un 10% y dejar de asistir a la escuela, darse de baja de la escuela (deserción escolar) como razón obtuvo solo un 5%.

Análisis a base de los objetivos del estudio

A continuación se presenta los resultados a base de los objetivos del estudio. Para esta investigación se desarrollaron los siguientes objetivos: 1) Determinar el conocimiento que tiene el adolescente sobre el virus del VIH, 2) Determinar el perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH, 3) Identificar los factores de riesgo que resultan en el aumento de casos de VIH en adolescentes, 4) Identificar los métodos que utilizan para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

El primero objetivo estaba dirigido a determinar el conocimiento de los adolescentes sobre el virus del VIH. Para ello se seleccionó la premisa en la que se le preguntaba si conocen o no lo que es el virus de VIH/SIDA, y se le aplicó la estadística tipo descriptiva (frecuencia y porcentaje). Los datos se muestran en la Tabla 8.

Tabla 8. Conocimiento de los adolescentes sobre el virus de VIH/SIDA.

Aspecto evaluado	Resultado	
	f	%
Sabe lo que es el virus de VIH/SIDA	20	100

En la tabla 8 se muestran los datos generales sobre el conocimiento que poseen los adolescentes sobre el virus del VIH/SIDA. De acuerdo a lo expresado por los adolescentes encuestados el 100% conoce lo que es el virus VIH/SIDA.

El segundo objetivo del estudio está dirigido a determinar el perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH. Para ello, se seleccionaron las premisas de los datos socio-demográficos y aquellos factores que contribuyen a un posible contagio desde la perspectiva de los adolescentes encuestados. Una vez seleccionado los datos estos se le aplicó un análisis estadístico descriptivo en el cual se obtuvieron los porcentajes y promedios en los renglones aplicables. Los resultados de este objetivo se presentan de manera narrativa. De acuerdo a los datos el perfil obtenido es el siguiente: 55% estuvo constituida por el género masculino, con una edad promedio de 18 años, que estudio entre noveno a cuarto año con un 65%. El mismo se encuentra activo sexualmente con un 50%, que recibió la información sobre el VIH/SIDA en la escuela con un 80%, el 60% ha tenido más de una pareja sexual, en promedio han tenido 4 parejas sexuales y el 40% no usa condones cuando tiene relaciones sexuales.

El tercer objetivo iba dirigido a identificar los factores de riesgo que resultan en el aumento de casos de VIH en adolescentes. En este caso, de una lista de factores de riesgo se seleccionaron aquellos que tenían 90% o más, de manera que se pudieran identificar de manera contundente aquellos factores de riesgo que resultan en el aumento de los casos de VIH en los adolescentes, desde la perspectiva de estos. Para ello, se le aplicó la estadística tipo descriptiva (frecuencia y porcentaje). Los datos se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Razones principales de riesgo que resultan en el aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.

FACTORES DE RIESGO	f	%
Tener relaciones sexuales	20	100
Tener sexo anal	19	95
Ser promiscuos (cambiar de pareja frecuentemente).	20	100
Tener relaciones sexuales con desconocidos.	18	90
Utilizar agujas contaminadas.	19	95

La tabla 9 presenta las razones principales de riesgo que resultan en el aumento de la incidencia de los casos de VIH/SIDA en los adolescentes. De acuerdo a los datos las razones principales son tener relaciones sexuales y ser promiscuos con un 100%, seguido de tener relaciones anales, y utilizar agujas contaminadas con un 95% de los casos. Mientras un 90% indicó que el riesgo era por tener relaciones sexuales con desconocidos.

El cuarto y último objetivo del estudio iba dirigido a identificar los métodos que utilizan para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Para ello, se obtuvo las premisas dirigidas a la manera en que se protegen los adolescentes y se le aplicó la estadística tipo descriptiva (frecuencia y porcentaje). La tabla 10 presenta los datos encontrados sobre este particular.

Tabla 10. Métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA

	f	%
No tengo relaciones sexuales, me abstengo	8	40
Siempre usa condones cuando tiene relaciones sexuales	5	20

De acuerdo a los datos que se reflejan en la Tabla 10 sobre los métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA, el método más utilizado es la abstinencia con un 40%, seguido de un 20% que usa condones.

Resumen

Estudio descriptivo donde se encuestó un grupo de 20 adolescentes entre las edades 13 a 19 años, que respondieron a una encuesta en un lugar público (plaza de recreo) en un pueblo de la zona metropolitana de San Juan. El perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH es el siguiente: 55% estuvo constituida por el género masculino, con una edad promedio de 18 años, que estudio entre noveno a cuarto año con un 65%. El mismo se encuentra activo sexualmente con un 50%, que recibió la información sobre el VIH/SIDA en la escuela con un 80%, el 60% ha tenido más de una pareja sexual, en promedio han tenido 4 parejas sexuales y el 40% no usa condones cuando tiene relaciones sexuales. A pesar de estas conductas de riesgo el 100% de ellos expresa conocer los que es el virus de VIH/SIDA. Las razones principales de posible contagio reportadas por los adolescentes son: tener relaciones sexuales y ser promiscuos con un 100%, seguido de tener relaciones anales, y utilizar agujas contaminadas con un 95% de

los casos. Mientras un 90% indicó que el riesgo era por tener relaciones sexuales con desconocidos. En el caso de los métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA, los datos demuestran que el método más utilizado es la abstinencia con un 40%, seguido de un 20% que usa condones.

Capítulo V

Análisis de los Datos

Introducción

A continuación se presenta el análisis de los datos encontrados en el estudio. Primero se presentan el análisis de los hallazgos por objetivos, luego el análisis basado en el marco conceptual, seguido de las conclusiones e implicaciones para enfermería. Finalmente se presentan las limitaciones y recomendaciones del estudio.

Análisis de los hallazgos por objetivo

El perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH es el siguiente: 55% estuvo constituida por el género masculino, con una edad promedio de 18 años, que estudio entre noveno a cuarto año con un 65%. El mismo se encuentra activo sexualmente con un 50%, que recibió la información sobre el VIH/SIDA en la escuela con un 80%, el 60% ha tenido más de una pareja sexual, en promedio han tenido 4 parejas sexuales y el 40% no usa condones cuando tiene relaciones sexuales. Este perfil coincide con el reportado por el Departamento de Salud (2008) que de acuerdo al informe los adolescentes infectados son 23.1 por cada 100,000 habitantes entre las edades de 13 a 19 años y son varones en su mayoría. Esto se debe a que el varón por cultura se le enseña a ser más independiente y se le presiona a tener novia o relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad como un medio de demostrar su hombría. Cada vez es más común que las parejas de adolescentes tengan relaciones sexuales como parte de su noviazgo, lo que pone a riesgo de contagio con el VIH/SIDA a este grupo poblacional (Hernández Cabrera y Pérez Rodríguez, 2005).

Añaden Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín, & Alfaro Alfaro, (2003), Caballero Hoyos, & Villaseñor Sierra (2003) y Ramos Cavazos, & Cantú Martínez (2003) en estudios con adolescentes demuestran que solo un 26% de estos, se consideraban en alto riesgo de contraer el VIH/SIDA, pese a que el 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo. Muchos adolescentes experimentan con tipos de conductas arriesgadas, sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas. Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes. Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto a que no tomen precauciones. Evidencia de esto, es que los adolescentes encuestados en Puerto Rico han tenido a sus 18 años una vida muy activa sexualmente, ya que han tenido en promedio unas 4 parejas sexuales. Aspecto que aumenta el riesgo de contagio, ya que no suelen utilizar los condones. Afirma Barella Balboa, Mesa Gallardo y Cobeña Manzorro (2004) sobre este particular que estos adolescentes se comportan de esta manera porque no presentan temor alguno a las consecuencias que esto puede traer al no utilizar ningún método profiláctico. Si hubiesen experimentado el pánico durante el comienzo del virus en los años ochenta, quizás tendrían más consciencia para la prevención del VIH, pero en la actualidad es difícil crear esta consciencia en este grupo poblacional.

A pesar de estas conductas de riesgo en este estudio el 100% de ellos expresa conocer lo que es el virus de VIH/SIDA. De acuerdo con el CDC (2010) los adolescentes están más expuestos a información por medio de las redes sociales, la informática, la escuela y la familia. Esto ha aumentado el conocimiento de los adolescentes sobre lo que es el virus de VIH/SIDA. Estos datos comparan con el estudio

realizado por Davila, Tagliaferro, Bullones y Damelis (2008) quienes llevaron a cabo un estudio en Colombia, específicamente en Bogotá, donde estudiaron el nivel de conocimiento de adolescentes sobre el VIH/SIDA. En general los estudiantes presentan un Nivel de Conocimiento "regular", lo que hace necesario la implementación de estrategias educativas para mejorar el conocimiento acerca de la enfermedad, sus consecuencias y formas de prevención con la finalidad de proteger a este grupo de riesgo. Distinto a los adolescentes puertorriqueños que parecen tener un mejor conocimiento sobre el tema.

Por otro lado, al explorar las razones principales de posible contagio reportadas por los adolescentes en este estudio, se distinguen las siguientes: tener relaciones sexuales y ser promiscuos con un 100%, seguido de tener relaciones anales, y utilizar agujas contaminadas con un 95% de los casos. Mientras un 90% indicó que el riesgo era por tener relaciones sexuales con desconocidos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala que el riesgo de que una persona joven resulte infectada por el VIH guarda estrecha relación con la edad de la iniciación sexual. Las medidas de prevención en la gente joven apuntan, entre otros objetivos básicos, a evitar el coito y a retrasar el inicio de la vida sexual activa. En el caso de los jóvenes sexualmente activos, es fundamental que reduzcan el número de parejas sexuales y que tengan más facilidad para acceder y utilizar servicios integrados de prevención, lo que comprende tanto la educación como el suministro de preservativos.

Estos datos también coinciden con los estudios realizados en Estados Unidos donde los investigadores encontraron que los adolescentes infectados por el VIH/SIDA tenían la probabilidad dos veces mayor que los adultos infectados y adoptar un

comportamiento de alto riesgo como practica de relaciones sexuales sin protección y compartir con otros la agujas para inyectarse drogas. La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte porque es común que la sociedad misma reaccione de esta manera ante este tema. Aún los jóvenes que saben cómo protegerse contra el VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes para hacerlo, la ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes utilicen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja (Kiragu, 2001; Rasmussen Cruz, Hidalgo San Martín y Alfaro Alfaro, 2003; Caballero Hoyos, y Villaseñor Sierra, 2003; Ramos Cavazos y Cantú Martínez, 2003).

Por eso, no es raro encontrar que los métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA son bajos en el estudio realizado con los puertorriqueños. Los datos demuestran que el método más utilizado es la abstinencia con un 40%, seguido de un 20% que usa condones. Estos datos coinciden con un estudio realizado por Torres, Walker, Gutiérrez, y Bertozzi (2006) donde pretendían investigar las estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Donde el uso del condón tenía un porcentaje bajo de utilización entre los adolescentes, tampoco la abstinencia solía verse como una alternativa viable a su desarrollo sexual, estos visualizaban la experimentación sexual como parte de su desarrollo y que era importante para ellos. Esta quizás es una de las razones en que los adolescentes encuestados en Puerto Rico, tengan poco interés en abstenerse o usar condones, cuando el 60% se mantiene activo y el 40% no usa condones. De acuerdo con el CDC (2010) estas son actitudes graves y de un riesgo mayor para esta población que asiste a lugares públicos sin supervisión de los adultos,

ingieren drogas o ingieren alcohol en discotecas o pups, los cuales exacerbaban su estado de ánimo cambio, resultando en conductas riesgosas y atrevidas que pueden resultar en realizar sexo con personas desconocidas.

Por eso, Hernández Cabrera y Pérez Rodríguez (2005) refiere que hay que estar claros y ser realistas, en los métodos que se le piden al adolescente para que no logre experimental una relación sexual riesgosa. La abstinencia, aunque es el método más seguro, hay que aceptar que es rechazado por la mayoría de los adolescentes que prefieren en esta etapa la experimentación con “una pareja” y disfrutar de su nuevo descubrimiento.

Análisis basado en el marco conceptual

El marco conceptual utilizado en este estudio fue la teoría de Autocuidado, teoría refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Para Orem (1991) cada individuo nace con la capacidad para auto cuidarse, pero por circunstancias como el déficit en conocimiento, o déficit en desviación de salud el individuo no puede llevarlo a cabo. El adolescente es un sistema de autocuidado que debe desarrollar la capacidad de auto cuidarse con la ayuda del profesional de enfermería como agencia para el autocuidado. Los requisitos para el autocuidado deben ser completados para que pueda darse este evento.

Un adolescente activo sexualmente, o en etapa de experimentación está llenando sus necesidades básicas del autocuidado reconocidas por Orem como requisitos universales. No obstante, el profesional de enfermería reconoce que el adolescente por sí

solo no puede asumir una conducta responsable ante su sexualidad y requiere del conocimiento y experiencia de la enfermera para enfrentar los riesgos a los cuales se enfrenta si tiene relaciones sin protección. Uno de estos riesgos es el contagio con el VIH, por eso se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. En este caso, el profesional de enfermería actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.

A base de la teoría desarrollada por Dorothea Orem (1991) y dadas las actitudes de los adolescentes puertorriqueños de estar activos sexualmente y cambiar de parejas sin utilizar condones, es necesario que los profesionales de la enfermería logren que el adolescente se involucre en su autocuidado, hay que desarrollar una intensa tarea educativa, llena de calidez y dedicación. Con ello, se espera lograr el objetivo principal el cual se enfoca en que el adolescente adquiriera plena conciencia sobre las consecuencias de una vida sexual activa, y en cuanto la conservación de la salud, y prevenir las enfermedades, como VIH/SIDA e incluir actividades realizadas para el adolescente o en la colaboración con este.

Conclusiones

Estudio descriptivo donde se encuestó un grupo de 20 adolescentes entre las edades 13 a 19 años, que respondieron a una encuesta en un lugar público (plaza de recreo) en un pueblo de la zona metropolitana de San Juan. El perfil del adolescente a riesgo de contraer VIH es el siguiente: de género masculino (55%), con una edad promedio de 18 años, que estudia entre noveno a cuarto año (65%). El mismo se

encuentra activo sexualmente (50%), que recibió la información sobre el VIH/SIDA en la escuela (80%), donde el 60% ha tenido más de una pareja sexual, en promedio han tenido 4 parejas sexuales y de éstos el 40% no usa condones cuando tiene relaciones sexuales. A pesar de estas conductas de riesgo el 100% de ellos expresa conocer lo que es el virus de VIH/SIDA. Las razones principales de posible contagio reportadas por los adolescentes son: tener relaciones sexuales y ser promiscuos con un 100%, seguido de tener relaciones anales, y utilizar agujas contaminadas con un 95% de los casos. Mientras un 90% indicó que el riesgo era por tener relaciones sexuales con desconocidos.

En el caso de los métodos de protección utilizados por los adolescentes para prevenir el contagio con VIH/SIDA, los datos demuestran que el método más utilizado es la abstinencia con un 40%, seguido de un 20% que usa condones. Se concluye que a pesar de que los adolescentes conocen lo que es el VIH/SIDA y las conductas de riesgo, estos asumen una conducta de riesgo evidente. Dicha conducta ocurre ante la actitud desafiante de los adolescentes puertorriqueños de estar activos sexualmente y cambiar de parejas sin utilizar condones. A tales efectos es necesario que los profesionales de la enfermería logren que el adolescente se involucre en su autocuidado con la esperanza de que estos puedan crear conciencia del peligro al cual se enfrentan y de esta forma disminuir el riesgo de contagio con el virus de VIH/SIDA.

Implicaciones para enfermería

Enfermería, por ser una profesión que propende por la humanización del cuidado, debe trabajar en el desarrollo de investigaciones que permitan conocer la percepción de las vivencias que imponen los riesgos de contagio con VIH/SIDA en poblaciones

vulnerables y así subsanar necesidades individuales que favorezcan la adherencia de estas poblaciones a conductas apropiadas para protegerse durante sus actos sexuales. Para ello, es necesario que el adolescente se apodere de su autocuidado, y particularmente en asumir responsabilidad en sus actos sexuales con sus posibles consecuencias de contagio con el VIH/SIDA. Por lo tanto, el equipo de enfermería liderado por la especialista clínica puede trabajar de manera adecuada con este grupo de adolescente que está a riesgo. Por medio de la asesoría, su rol de líder clínico, su rol de investigador y educador el especialista clínico puede desarrollar grupos de apoyo entre los mismos adolescentes y otras enfermeras para educar a esta población con miras a crear una conciencia salubrista, que permita actuar desde edades tempranas, abordar los factores de riesgo que facilitan la aparición de enfermedades sexualmente transmitidas como el VIH/SIDA.

Concurrentemente, el especialista clínico debe fomentar estilos de vida saludables abordando pautas de comportamiento, culturalmente establecidas como lo es el machismo y la negación del uso del condón.

El cuidado de enfermería trasciende cuando logra brindar cuidado holístico individualizado de acuerdo con las necesidades identificadas, que aunque pocas tienen grandes repercusiones en la calidad de vida y en el significado social. El autocuidado es una conducta aprendida, inmersa en el bagaje cultural del individuo, con gran arraigo emocional, que cambia de acuerdo con las necesidades que la vida cotidiana plantea al individuo. Con los datos recopilados de este estudio, se confirma una vez más que el conocimiento no garantiza cambios actitudinales, ni la generación de estilos de vida saludables debido a que estos cambios necesitan un proceso de interiorización, complementados con autocompromiso y una maduración a través del tiempo. De aquí la

importancia que el especialista clínico en enfermería asuma el liderazgo y como manejador de casos liderar el proceso de inscripción e intervención con cada adolescente a riesgo, de manera que se individualice el cuidado y se logre de manera única formas adecuadas de reducir la conducta riesgosa de los adolescentes puertorriqueños.

Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos significativos encontrados en este estudio, se pueden mencionar las siguientes limitaciones:

1. La muestra fue muy pequeña, lo que impide que los resultados puedan ser aplicados a todos los adolescentes a riesgo de contraer VIH en Puerto Rico. Esto limita el no poder hacer inferencias ni aspectos concluyentes generalizables. En este caso, las muestras pequeñas limitan su aplicabilidad al grupo donde fue desarrollada la investigación.
2. No se pudo evidenciar si el nivel de conocimiento sobre el VIH de manera específica ya que se limitó en preguntar si conocían o no de la condición. El conocimiento debe medirse a través de pruebas dirigidas a medir dicho conocimiento.
3. No se realizó una prueba piloto como parte del estudio y determinar con la misma si el cuestionario era entendido por la población a estudiar, lo que puede ser una limitación al medir la variable de estudio.

Recomendaciones

A continuación se presentan las recomendaciones para el estudio. Las mismas se basan en el análisis de las limitaciones y posibles mejoras para intervenir con los adolescentes a riesgo de contraer VIH en Puerto Rico.

1. Desarrollar programas educativos para preparar a todo el personal de enfermería intervenir en campañas de prevención y promoción de la salud en los adolescentes a riesgo de contagio con VIH.
2. Desarrollar estrategias que ayuden a fortalecer la autoestima del adolescente, el autorespeto y el autocuidado ante los riesgos que implica una conducta de promiscuidad y el realizar sexo sin protección.
3. Desarrollar un estudio correlacional donde se determine el nivel de conocimiento sobre el VIH de los adolescentes y la conducta de riesgo que estos asumen al tener relaciones sexuales.
4. Desarrollar un estudio cuasi experimental donde se valide la eficacia del uso de la teoría de autocuidado como un medio para lograr mejorar el conductas de protección como lo es la abstinencia, y el uso del condón durante las relaciones sexuales entre los adolescentes, donde se tenga un grupo experiemental y uno control
5. Realizar un replica del estudio con una muestra representativa para determinar tendencias sobre las conductas de riesgo de los adolescentes

ante el VIH, con este estudio se puede determinar con más certeza el perfil del paciente puertorriqueño con esta condición.

6. También se pueden desarrollar estudios en comunidades rurales y comparar con los resultados de este estudio, para constatar si los adolescentes de la zona urbana tienen el mismo concepto de lo que es el VIH y si asumen las mismas conductas de riesgo.
7. Realizar un estudio cualitativo que permita explorar los sentimientos de los adolescentes en relación a las posibles razones que lo impulsan a tener relaciones sexuales a riesgo a pesar de poseer conocimiento sobre el VIH, de modo que se pueda obtener un modelo de cuidado que permita de manera directa manejar el problema de las conductas de riesgo de los adolescentes a contraer VIH en Puerto Rico.

Referencias

- Barella Balboa, J.L., Mesa Gallardo, I., Cobeña Manzorro, M. (2004). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. *Medicina de Familia*, 4, 255-260.
- Caballero Hoyos, R. y Villaseñor Sierra, A. (2003). Conocimiento sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública Méx*, 45, supl 1: S108-S114
- CDC. (2010). *Enfermedades de transmisión sexual*. Recuperado de, www.cdc.org
- CDC. (2005, 2008). *HIV Prevention in the Third Decade*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC.
- Cassirer, E. (1979). *El problema del conocimiento en la filosofía y en las ciencias modernas*. México: FCE.
- Greene, G. J., & Miller, R. L. (2008, March). *Waivers of parental consent and other IRB issues in research with gay, lesbian, bisexual, and transgender youth*. In B. Mustanski (Chair), *Overcoming Obstacles to Research with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Youth*. Symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research on Adolescence, Chicago, IL.
- Helweg, L. & Larsen, H.B. (2003). Ethical Issues in Youth Surveys: Potentials Conducting a National Questionnaire Study on Adolescents Schoolchildrens Sexual Experiences with Adults. *American Journal of Public Health*, 93 (11), 1878-1882.
- Hirsch, J. S., Del Rio, C. y Herold, J. (1999). *Mexican Men in the Urban South: Social Ties and HIV Risk*. Thesis. Emory University. Recuperado de, www.sph.emory.edu
- Kiragu, K. (2001). *Young and HIV/AIDS: Can we avoid catastrophe? Population Reports Series L, No. 12 Baltimore. The Johns Hopkins University Bloomberg School of public Health Population in Formation Programs*. Recuperado de, www.inforhealth.org/pr/prs/sl12edsum.shtml
- López, L. (2004). *¿Se puede prevenir el SIDA?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- McIntosh, J. (1999). *Research Issues in Community Nursing*. USA: Palgrave Macmillan: Community Health Care Series.
- Montoya Montoya, G. (2005). *Poblaciones especiales en investigación biomédica*. Recuperado de, www.unal.edu.co/bioetica

- Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de, www.avert.org/ets.htm
- Organización Panamericana de la Salud (1992). *Informe anual de vigilancia del SIDA, VIH y ETS para la Región de las Américas*. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud, principios y métodos*. (6 ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2010). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramos Cavazos, M.T. y Cantú Martínez, P.C. (2003). El VIH/SIDA y la adolescencia. *Revista Salud Publica y Nutrición*, 4(4). Recuperado de, <http://www.respyn.uanl.mx/iv/4/ensayos/vih-adole.htm>
- Rasmussen Cruz, B., Hidalgo San Martín, A. y Alfaro 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 Publica Méx* 45, supl1:S81-S91
- Rew, L. Taylor, S.M. & Thomas, N. (2000). Without Parental Consent: Conducting Research with Homeless Adolescents. *Journal of the Society of Pediatrics Nurses*, 5 (3), 131-138.
- Reich, W. (1995). Children: Health-Care and Research Issues. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster MacMillan.
- Santiago Matos, P. (2009). *Investigación documental sobre sexualidad y adolescencia: Recomendaciones para los padres y maestros de adolescentes con adolescentes discapacitados*. Tesina. Universidad Metropolitana, Escuela de Educación: Programa Graduado.
- Woods, S.G. (2003). *Todo lo que necesitas saber sobre las enfermedades de transmisión sexual*. Estados Unidos: The Rosen Publishing Group. ISBN 0-8239-3580-9



SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MÉNDEZ
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos
Oficina de Cumplimiento

Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)

Fecha : 15 de mayo de 2012
Investigador principal : Elizabeth Rosado
Título protocolo : Factores Relacionados con el Aumento de Casos de VIH en Adolescentes
Mentor : Dr. Josué Pacheco
Número de protocolo : 01-367-12
Tipo de solicitud : Protocolo Inicial
Institución/Escuela : Universidad Metropolitana, Bayamón/ Escuela Ciencias de la Salud
Tipo de revisión : Junta en Pleno
Acción tomada : Aprobada
Fecha de revisión : 14 de mayo de 2012

Certificamos que el estudio/investigación de referencia recibido en la Oficina de Cumplimiento fue revisado por la *Junta para la Protección de Seres Humanos en la Investigación (IRB)* en **14 de mayo de 2012**. El mismo fue evaluado y aprobado a través de una revisión **Junta en Pleno**.

Los siguientes documentos fueron revisados:

<input checked="" type="checkbox"/> Protocolo	<input checked="" type="checkbox"/> Carta de autorización
<input type="checkbox"/> Asentimiento Informado en español e inglés	<input checked="" type="checkbox"/> Hoja Informativa
<input type="checkbox"/> Consentimiento Informado en español e inglés	<input checked="" type="checkbox"/> Curriculum Vitae: PI y mentor
<input type="checkbox"/> Carta de Enmienda	<input checked="" type="checkbox"/> Certificado de HIPAA: PI y mentor
<input checked="" type="checkbox"/> Instrumento: Cuestionario	<input type="checkbox"/> Formulario FDA 1572
<input type="checkbox"/> Anuncio	(Administración Federal de
<input checked="" type="checkbox"/> Certificado de Protección para Participantes Humanos	Alimentos y Drogas
<input type="checkbox"/> Derecho de autor	<input type="checkbox"/> "Package Insert"
<input type="checkbox"/> Evidencia/ Recibo de compra del instrumento	<input type="checkbox"/> "Investigator Brochure"
	<input checked="" type="checkbox"/> Otras: Capítulos tesis 1-3, certificado RCR (PI/ mentor), etc.

Favor de tener presente los siguientes puntos:

Nombre del Investigador: Elizabeth Rosado
Protocolo 01-367-12
15 de mayo de 2012

- La hoja de consentimiento es un documento que asegura que los sujetos o participantes entienden su participación en el estudio, además de ser un seguro de protección para los mismos después de ser firmado. De acuerdo con las Regulaciones Federales se requiere que los participantes reciban copia del consentimiento después de haber firmado el mismo.
- De realizarse algún cambio en los documentos anejados con este estudio deben ser sometidos nuevamente al IRB para su debida revisión y aprobación utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cambios/ Enmiendas".
- Todo evento adverso o no esperado debe ser Informado al IRB utilizando la forma de IRB de "Eventos Adversos".
- Todos los documentos relacionados con la investigación deben ser guardados hasta un término de cinco (5) años. Pasado este término los mismos deben ser eliminados/ triturados, no quemados.
- De no realizar su Investigación en el término aprobado deberá someter una solicitud de "Revisión Continua" llenando la forma IRB para "Renovar un Protocolo ya Aprobado" antes de vencerse el mismo.
- Al finalizar su investigación debe someter una solicitud de cierre utilizando la forma de IRB "Solicitud para Cierre de Protocolo" aprobado por el IRB.

Usted podrá llevar a cabo este estudio durante el término de un año venciendo en **13 de mayo de 2013**.

Para más información, aclarar dudas, notificar algún evento adverso o no anticipado puede comunicarse con su Coordinador de Cumplimiento Institucional en: la Universidad Metropolitana la Srta. Carmen Crespo al (787)766-1717 ext. 6366; Universidad del Turabo la Prof. Josefina Melgar al (787)743-7979 ext.4126; y en la Universidad del Este la Srta. Natalia Torres al (787)257-7373 Ext. 2279; Administración Central la Sra. Wanda Vázquez Solá, (787) 751-0178 ext. 7195 o al Sr. José A. Vega Gutiérrez al (787) 751-0178 ext. 7197 o puede escribir a:

Oficina de Cumplimiento
Vicepresidencia Asociada de Recursos Externos
Vicepresidencia de Planificación y Asuntos Académicos
Sistema Universitario Ana G. Méndez
P.O. Box 21345
San Juan, PR 00928-1345
Tel. 787 751-0178 exts.7195-7197; Fax 787 751-9517

Anejo 1. Cuestionario

Factores Relacionados con el Aumento de Casos de VIH en Adolescentes
Autora: Elizabeth Rosado (2012)

Introducción: El propósito de este cuestionario es obtener datos, principalmente, sobre el conocimiento y las posibles conductas que ponen a riesgo a los adolescentes a contagiarse con el VIH. La información que se obtenga a través de este cuestionario será totalmente confidencial y se garantiza el anonimato en todo momento. Los datos recopilados formaran parte de un proyecto académico donde solamente la investigadora tendrá acceso a los datos ofrecidos por ti y los demás participantes. **Favor de no escribir su nombre.**

Parte I. Datos socio-demográficos

Instrucciones: Favor de marcar con una (x) según aplique.

1. Edad:

13 años -- 16 años

17 años -- 19 años

2. Género:

Femenino

Masculino

3. Grado académico que cursas:

No estoy asistiendo a la escuela

Quinto al Octavo

Noveno al Cuarto año

Otro: _____



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-367-12

Approval Date 05/14/12

Expiration Date 05/13/13

Signature MCSH

Parte II. Perfil del adolescente: conocimiento, conductas y factores que podrían aumentar la incidencia del VIH/SIDA

Instrucciones: Favor de marcar con una (x) según aplique.

Factores	SI	NO
1. ¿Sabes lo que es el virus del VIH/SIDA?		
2. ¿Estás activo(a) sexualmente?		
3. ¿Ingieres bebidas alcohólicas frecuentemente?		
4. ¿Usas drogas ilícitas?		
5. ¿Has usado alguna vez drogas ilícitas?		
6. ¿Visitas frecuentemente discotecas o Pubs?		

7. ¿Dónde recibiste información acerca del VIH/SIDA? (PUEDES MARCAR MAS DE UNA)

- () Escuela
- () Padres
- () Amigos
- () Internet
- () Médico
- () Enfermera
- () Otros _____

8. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

- () Ninguna
- () 1-3
- () 4-6
- () 7 o más

9. ¿Usas el condón como método de protección?

- () NO tengo relaciones sexuales, eso no me aplica
- () SI, los uso cuando tengo relaciones sexuales
- () NO los uso, a pesar de que tengo relaciones sexuales



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-367-12

Approval Date 05/14/12

Expiration Date 05/13/13

Signature MCM

10. De no utilizar protección ¿Por qué?

- No tengo relaciones sexuales, eso no me aplica
- Siempre los uso
- No me gusta
- No se siente igual
- No se utilizar eso

Parte III. Posibles factores de riesgo relacionados con el aumento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los adolescentes.

Instrucciones: Favor de marcar con una (X) SEGÚN TU OPINION cuáles de los siguientes factores que aparecen a continuación crees contribuye más al aumento del VIH/SIDA entre los adolescentes **PUEDA MARCAR MÁS DE UNA.**

Factores de riesgo	
1. Tener relaciones sexuales	
2. Tener Sexo Oral	
3. Tener Sexo Anal	
4. Ser adicto sexual (necesidad de tener sexo constantemente)	
5. Estar en contacto con fluidos del cuerpo (sangre, fluidos vaginales, saliva, semen)	
6. Pobre conocimiento sobre el tema de VIH/SIDA	
7. Falta de uso de medidas preventivas para evitar una enfermedad venérea	
8. Creer el no estar a riesgo en contraer el virus	
9. Estar en gangas (corrillos)	
10. Fugarse de la casa	
11. Participar en fugas de la escuela	
12. Ser promiscuos (cambiar de pareja sexual frecuentemente)	
13. Tener relaciones sexuales con desconocidos	
14. Usar drogas ilícitas	
15. Ingerir bebidas alcohólicas	
16. Utilizar agujas contaminadas	
17. Frecuentar discotecas o pubs	
18. Dejar de asistir a la escuela, darse de baja de la escuela (Deserción escolar)	
19. Estar con malas amistades	
20. Responder a la presión del grupo de amistades	
21. Adquirir el virus al nacer por medio de su madre	
22. Adquirir el virus por transfusiones de sangre	

Gracias por su tiempo y cooperación. Ana G. Mendez University System Institutional Review Board (IRB)



Protocol No. 01-367-12
 Approval Date 05/14/12
 Expiration Date 05/13/13
 Signature MCM

Anejo 2. Hoja Informativa

HOJA INFORMATIVA

Saludos estimado adolescente:

Gracias por tu interés en participar en el estudio titulado: **Factores Relacionados con el Aumento de Casos de VIH en Adolescentes**. El mismo tiene el propósito de obtener información sobre el comportamiento sexual de los adolescentes y su conocimiento sobre el VIH con miras a ofrecer talleres y conferencias de prevención dirigidas a adolescentes como tú para poder prevenir enfermedades sexuales como el VIH. Además, se espera compartir estos los datos a las agencias relacionadas con los adolescentes como lo son el Departamento de Salud, el Departamento de Educación, el Departamento de la Familia para aunar esfuerzos para disminuir la incidencia de contagio con el VIH en los adolescentes.

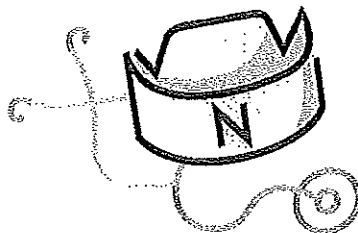
TU PARTICIPACION ES BIEN VALIOSA. ANIMATE!!!

Advertencia: Este cuestionario tiene algunas preguntas sensibles, donde tú tienes la opción de no contestarlas. Puedes completar las preguntas que desee, o entregar el cuestionario y abandonar el estudio sin ninguna represalia. Los riesgos que tienes de participar en el estudio pueden ser sentirte levemente ansioso o aburrido al completar la encuesta. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos que has de proveer, favor de seguir las siguientes instrucciones:

1. No colocar tu nombre o firma en ninguna parte del cuestionario.
2. Si te arrepentiste de participar, o dejaste el cuestionario a mitad o parcialmente completado, favor de devolverlo a la investigadora.
3. Si tienes dudas al contestar el cuestionario puedes hacer preguntas, favor de preguntarle a la investigadora.
4. Una vez completado el cuestionario favor de depositarlo en la urna que está en la mesa donde te encuentras completando el mismo.

Gracias,

Elizabeth Rosado



Ana G. Mendez University System
Institutional Review Board (IRB)

Protocol No. 01-367-12

Approval Date 05/14/12

Expiration Date 05/13/13

Signature: McAn

Anejo 3. Resumé y certificaciones de la investigadora

Anejo 4: Resumen y certificaciones del mentor