



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

Trabajo Monográfico para optar al Título de Doctora en Medicina y Cirugía

INFORME FINAL

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Autor: Br. Bianka Lara Romero

Tutor: Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular, Facultad de Ciencias Médicas
UNAN- Managua.

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial y crucial en mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más. A mi madre, por ser la persona que me ha acompañado y apoyado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida. A mi Padre, quien a pesar de las dificultades me brindó todas las facilidades para acudir a la Universidad y poder culminar mi carrera profesional y estar conmigo aún apoyándome a pesar de ser toda una mujer. A mis profesores por su tiempo, paciencia y apoyo para transmitir su sabiduría en todo el desarrollo de mi formación profesional.

Bianka Lara Romero

AGRADECIMIENTO

A Dios, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mi Madre, por ser el pilar fundamental en mi vida, apoyarme en todos y cada uno de mis avances académicos, por su paciencia y amor y palabras de aliento para no darme por vencida jamás.

A mi Padre, por sus consejos sabios, por aceptarme tal y como soy y proporcionarme las herramientas necesarias para lograr profesionalizarme. Sin tu apoyo no hubiese podido lograrlo.

A mi hermana, por soportarme y aconsejarme, así como alentarme para avanzar y lograr mi meta.

A mi maestro Dr. Reyes, por orientarme en todo este proceso y corregirme en cada una de las sesiones, para lograr el mejor trabajo.

A todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Bianka Lara Romero

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017, realizado por la Br. Bianka Lara Romero, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Reproductiva, que aborda a uno de los grupos más importantes para el desarrollo y estado de salud de la población nicaragüense: LOS ADOLESCENTES.

El comportamiento de una mayor prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual, con énfasis en el VIH/SIDA, sobre todo en países en vías de desarrollo donde los jóvenes representan aproximadamente el 80% de las nuevas infecciones, son parte de los retos que enfrentan los adolescentes, caracterizado por una educación sexual y reproductiva muy limitada, desde los primeros años del desarrollo.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática desarrollarán una vida más saludable donde nuestros jóvenes sean verdaderos impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por la Bachiller Bianka Lara Romero, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua

INTRODUCCIÓN

Desde el momento de la aparición de la pandemia del SIDA en el año de 1983, la evolución de la misma ha tenido una constante: AFECTACIÓN A PERSONAS JÓVENES Y ADOLESCENTES.

En el año de 1998, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), impulsa la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes, como estrategia para tratar de controlar la epidemia ya que se identificó, que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años.

En el ámbito mundial, en 2013 se estimaban 35 millones de infectados, 2,1 millones de nuevos casos y 1,5 millones de muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA.

El VIH/SIDA deteriora el sistema económico, social y de salud debido al aumento de gastos médicos, a la disminución de personas económicamente activas, ya que la mayoría de los fallecimientos se presentan entre los 22 y 49 años, al aislamiento social y a limitaciones en el acceso al sistema educativo o laboral. (Cardona Arias, Hernández, Suárez, & Zapata, Vol. 11 No. 4:10. 2015)

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se desarrollaban en individuos menores de 25 años de edad y que la mayoría se contagiaba por la ruta sexual, además que la limitaciones con respecto al acceso a la educación y el nivel de pobreza de gran parte de nuestros países facilitaban todavía más esta tendencia.

En el Informe Mundial del SIDA del año 2015, emitido por ONUSIDA (Organismos de Naciones Unidas ante el VIH SIDA), se estableció por todas las naciones del mundo objetivos a alcanzar para ponerle fin a la epidemia para el año 2030, y donde en el Objetivo número 3 se estableció que el 90 % de los jóvenes estén facultados con las habilidades, el conocimiento

y la capacidad para protegerse del VIH SIDA. (ONUSIDA(ORGANISMOS DE NACIONES UNIDAS ANTE EL VIH SIDA), 2015)

El primer reporte en Nicaragua sobre el SIDA en Nicaragua fue en el año 1987, donde la epidemia en un inicio, se caracterizó por tener un bajo nivel de casos de acuerdo a los reportes del Ministerio de Salud. Además fue el país centroamericano donde se manifestó más tardíamente. Se menciona que a la fecha no se han logrado diagnosticar todos los casos, basado en un subregistro de la información.

Durante la etapa de Adolescencia, la vulnerabilidad al VIH/SIDA, se aumenta debido a los fenómenos psicológicos y biológicos que corresponden a esta fase del desarrollo humano.

La percepción de los jóvenes de tener el dominio y el control de la situación ha sido uno de los principales factores de mantener prácticas de riesgo de forma continua, lo que facilita que la epidemia hasta el momento actual mantenga siempre niveles altos.

La participación activa y consciente de los adolescentes como los principales sujetos de cambio, apoyados por las familias, organizaciones y los gobiernos de forma decidida darán la pauta para que esta situación vaya cambiando.

El manejo de una sexualidad responsable y segura de parte del adolescente, se basa en el conocimiento objetivo que este recibe de parte de toda la sociedad en su conjunto, iniciando desde el mismo núcleo familiar.

Las metas a alcanzar se lograrán poco a poco de acuerdo al fortalecimiento del nivel de conocimiento de los adolescentes sobre una base libre de prejuicios y tabúes, y haciéndose cada día más activos en la participación de impulsar el desarrollo de su propia salud.

ANTECEDENTES

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) tuvo su origen en el año 1981. El *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, comunicó un aumento de casos por *Pneumocystis carinii* y de Sarcoma de Kaposi (tipo de cáncer de piel) en hombres menores de 40 años, mayoritariamente homosexuales activos, sin vínculos directos entre ellos. Lo que llamó la atención fue que ambas enfermedades nunca habían sido relacionadas con ningún cuadro clínico por lo que se interpretó la existencia de un agente infeccioso sexualmente transmisible. (ONUSIDA, 2008).

En el año de 1984 se descubrió efectivamente que el agente causal era un virus que afectaba el sistema inmunológico del organismo, el cual se volvía incapaz de actuar ante las infecciones y otras enfermedades. (Manual de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social El Salvador , 1999).

En 1986 El Comité Internacional de Taxonomía de los virus, recomendó denominar Virus de Inmunodeficiencia Humana que anteriormente se había llamado Virus Asociado con Linfadenopatía. (Manual de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social El Salvador , 1999).

La gente joven es particularmente vulnerable al VIH y al SIDA. Globalmente, casi un cuarto de las personas que viven con VIH son menores de 25 años y, se calcula que cada día unas 6,000 personas entre 15 y 24 años se infectan con el VIH. Las chicas y las mujeres jóvenes son las más afectadas: su riesgo de contraer el VIH es 1,6 veces más alto que el de un chico joven. (Manual para jovenes VIH SIDA derechos humanos y genero , 2007).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida), es un problema de salud pública a nivel mundial. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONU sida) sobre VIH/Sida, en el año 2006 había en el mundo 39.5 millones de personas con VIH; de los cuales 37.2 millones eran adultos, 17.7 millones

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. (Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, 2008).

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven; aproximadamente el 40% de las nuevas infecciones por VIH se presentan en jóvenes de edades entre 15 y 24 años. Únicamente durante dicho año, el Sida causó 2.9 millones de muertes en personas infectadas con el VIH (ONUSIDA, 2006). (Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, 2008).

La epidemia de América Latina se mantiene estable, con niveles de infección elevados entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), en el comercio sexual, y entre los consumidores de drogas inyectables. Además, la proporción de mujeres que viven con el VIH continúa creciendo (CONASIDA, 2006). (Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, 2008).

La educación en salud es una estrategia importante en la prevención de la transmisión del VIH-Sida. Sin embargo, los adolescentes muestran un conocimiento limitado en el área. La Organización Mundial de la Salud diseñó un instrumento para unificar la evaluación del conocimiento en VIH Sida en adolescentes. Sólo un tercio de un grupo de estudiantes chilenos respondió correctamente todo el cuestionario; el conocimiento fue superior en estudiantes de colegios privados e independientes de la edad, del sexo y del nivel de escolaridad. (Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena Colombia , 2011).

De acuerdo a las definiciones de ONUSIDA, Nicaragua mantiene una epidemia concentrada, siendo que la prevalencia del VIH ha superado más del 5 % en poblaciones en más alto riesgo tales como hombres que tienen sexo con hombres, transgénero femeninas y trabajadoras sexuales, manteniendo patrones de prevalencia inferiores al 1 % en población general. (Norma 118 Manual de consejería para el abordaje del VIH , Managua Agosto 2013).

Al cierre del año 2012 se reportan 1,011 personas con VIH y un acumulado desde el inicio de la epidemia de 7,875 personas de las cuales, 6,071 fueron captados en condición VIH, 734 personas en etapa avanzada de la infección y 1,019 que ya han fallecido, con una tasa de prevalencia de 0.21% y una incidencia de 322. (Norma 118 Manual de consejería para el abordaje del VIH , Managua Agosto 2013).

El patrón de comportamiento del VIH sigue siendo predominantemente masculino con 57% (572 hombres) y el 38% (386 mujeres) para una relación hombre mujer de 1.48 a 1. (Norma 118 Manual de consejería para el abordaje del VIH , Managua Agosto 2013).

En el ámbito mundial, en 2013 se estimaban 35 millones de infectados, 2,1 millones de nuevos casos y 1,5 millones de muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA. En Colombia, hasta el 2011 se reportaron 83.467 casos; en Antioquia se notificaron 872 en 2010, de los cuales 484 se presentaron en Medellín; además en el país alrededor del 3% de los casos se presenta en menores de 18 años. (Cardona Arias, J. A. Hernández, J.C. Suárez, G.R. Zapata , W., 2015).

La mitad de los jóvenes que viven con VIH se encuentran en sólo seis países: Sudáfrica, Nigeria, Kenia, India, Mozambique y Tanzania. El número de muertes de adolescentes a causa del sida se ha triplicado desde el año 2000, según UNICEF. (<http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html>)

Ésta enfermedad es la principal causa de muerte entre los adolescentes en África y la segunda entre los jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial, ha asegurado la organización, y ha aclarado que entre las poblaciones afectadas por el VIH, los adolescentes son el único grupo en el que las cifras de mortalidad no disminuyen.

Según UNICEF, en el África subsahariana, la región con mayor prevalencia, las niñas se ven mucho más afectadas, ya que representan 7 de cada 10 nuevas infecciones entre los jóvenes. Sin embargo, entre los adolescentes de esa edad en la zona, sólo 1 de cada 10 ha

sido sometido a la prueba del VIH, ha añadido.

(<http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html>)

En 2014, 36,9 millones de personas vivían con el VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretrovírico y, como resultado de ello, viven más y con más salud. (ONUSIDA Datos de VIH SIDA , 2015).

De los 36,9 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, 17,1 millones no saben que tienen el virus, por lo que los servicios de pruebas del VIH deben llegar a ellos, y unos 22 millones no tienen acceso al tratamiento del VIH, entre ellos 1,8 millones de niños. Al nivel actual, habrá una laguna de 9.000 millones de dólares a escala mundial entre los recursos disponibles en la actualidad y los recursos necesarios para alcanzar los Objetivos de la Respuesta Rápida de ONUSIDA. El coste global anual de la consecución de los Objetivos de la Respuesta Rápida llegará a un máximo de 31 100 millones en 2020. Después de 2020, las necesidades de recursos comenzarán a disminuir. (ONUSIDA Datos de VIH SIDA , 2015).

Muchas cosas han cambiado desde 2011: han surgido nuevas oportunidades y también muchos desafíos nuevos. Para poner fin a la epidemia de sida, será necesario acelerar fuertemente la aplicación de medidas de respuesta durante los próximos cinco años, y luego sostener los esfuerzos hasta 2030 y en los años posteriores. Esto solo puede lograrse con un compromiso político renovado, recursos adicionales e innovaciones técnicas y programáticas. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible constituyen un programa de desarrollo ambicioso y de largo alcance para 2016-2030. La salud es uno de los objetivos principales de este programa para después de 2015, lo que refleja su importancia fundamental en el alivio de la

pobreza y la promoción del desarrollo. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

La respuesta mundial ante el VIH ha ido madurando a lo largo de los últimos 30 años, respaldada por un volumen de inversiones financieras sin precedentes y por innovaciones técnicas y de salud pública. No obstante, los servicios aún presentan enormes deficiencias, persisten las desigualdades en el acceso a dicho servicios y las limitaciones en los recursos se vuelven cada vez más apremiantes. El éxito de la próxima fase de la respuesta dependerá de que se adopten medidas más eficientes, sostenidas y adaptadas a cada contexto, basadas en las realidades de cada país y en datos precisos. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

La epidemia de Sida en Nicaragua se clasifica aún como concentrada, de lento crecimiento, predominantemente de transmisión sexual, heterosexual, letalidad por debajo de 10%. A pesar que el mayor número de casos siguen siendo hombres, la feminización sigue su curso llevando cada vez más cercanos a la igualdad de frecuencia. Condiciones sociales como la pobreza, inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas, explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

La transmisión vertical es baja, menos del 1% con tendencia al incremento de la cobertura con pruebas de tamizaje y de centros que la ofertan la prueba con pre y post consejería. Al finalizar el año 2009, Nicaragua ha acumulado 4,742 casos prevalentes (nuevas infecciones y casos sida), ubicándose entre los países con menor número de casos en Centroamérica, lo que se explica por el inicio tardío de la epidemia y las restricciones de movilidad de los años ochenta. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

Según datos del Ministerio de Salud, a diciembre de 2009, los casos se desagregan de la siguiente manera: 3,262 personas con VIH; 587 casos sida y 842 fallecidos, además de 51 casos que se ignoran los datos. La tasa de incidencia en el año 2009, fue de 15.1 x cada 100,000 habitantes, superior a la reportada en 2008 de 13.3 x 100,000 habitantes. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

En el estudio sobre Impacto Social y Económico realizado por la CONISIDA en el año 2010, se realizaron proyecciones epidemiológicas elaboradas con la metodología implementada por ONUSIDA/OMS. Las proyecciones realizadas en dicho estudio definen que el VIH mantienen una tendencia ascendente para el período 2011-2015, estimada a través del programa SPECTRUM con curva del 50% para casos en adultos y niños. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

Según USAID/Nicaragua, en el país existen precedentes para que se gesticione una epidemia grave. Entre estos precedentes se encuentra la tendencia a no reconocer la epidemia como un peligro grave, la falta de información confiable sobre el VIH, la necesidad entre proveedores de servicios de recibir una mejor capacitación, la necesidad de mejorar los servicios voluntarios de examen y de asesoramiento, y la promulgación de leyes para amparar los derechos humanos de las personas con VIH. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

La epidemia del VIH está afectando principalmente a personas entre 20 y 34 años y se está desplazando rápidamente hacia los y las adolescentes. En el año 2006, los y las adolescentes entre 15 y 19 años representaron el 6.8% de nuevas infecciones por VIH, mientras en el año 2009 este porcentaje ascendió a 9.0%. El 60% de los nuevos casos en adolescentes de 15-19 años ocurrieron en mujeres. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

El 24% de las adolescentes se encuentran en unión conyugal hallándose más expuestas al riesgo de un embarazo precoz. De estas adolescentes el 55% ya ha tenido al menos un hijo

nacido vivo. El comportamiento de las adolescentes que alguna vez ha estado en unión en relación al número de uniones maritales, expresa que existe un 6% que ha tenido más de una pareja. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

Los y las adolescentes y jóvenes representan el 51% de personas con el VIH, del total de casos reportados en Nicaragua en el período de 1987 al 2008. El 59% de los y las adolescentes tuvo su primera relación sexual por asertividad, mientras, el 14% tuvo su primera relación sexual contra su Voluntad. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

Sólo el 23% de los y las adolescentes declara usar siempre condón en sus relaciones sexuales. En tanto, el 21% declara que nunca usa condón, y el 50% lo usa sólo ocasionalmente. El nivel de riesgo se observa en que el 41% de los muchachos y el 59% de las muchachas, no usaron condón en su última relación sexual con alguien que no era su pareja. Únicamente el 10% de los y las adolescentes se realiza la prueba del VIH. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

El 71.4% de los nuevos casos de VIH en adolescentes de 15 a 19 años, ocurrieron en mujeres en el año 2006. La transmisión del VIH está ocurriendo principalmente a través de relaciones sexuales (94%), con predominio en personas heterosexuales (78%), hecho que generalmente se acompaña de un incremento de la transmisión del VIH de mujeres embarazadas a sus hijos e hijas. En el año 2003, se encontró que en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), el 33% está teniendo un comportamiento bisexual y un 11.1%, a pesar de auto-reconocerse como heterosexual, ha tenido relaciones sexuales en alguna ocasión con personas de su mismo sexo. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

De esta manera, es que puede visualizarse el puente desde la población HSH, a la población general y a las mujeres en particular. Ante esta situación, es probable que la epidemia pueda

estar teniendo un curso mayor y silencioso. Los resultados de ENDESA revelan que el 76% de las mujeres de 15-49 años de edad conoce sobre VIH y sida, ha oído hablar de la prueba del VIH y el 44% sabe dónde la hacen y un 16% se ha realizado la prueba. El porcentaje de mujeres que se ha hecho la prueba del VIH, varía del 6.8% entre mujeres de 15-19 años, al 21.3% en mujeres de 20-24 años de edad. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

En Nicaragua, en el año 2011 se realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas ante el VIH-SIDA en adolescentes donde se encontró que un 93.2% manejaba que se puede proteger del VIH-SIDA, utilizando correctamente el condón, un 4.3% considera que no es así, y 2.3% no sabe. El 87.3% sabe que la enfermedad se transmite a través del contacto sexual con una persona infectada, el 12.6% refiere que no es así. Un 77.3% considero usar el preservativo solamente en relaciones sexuales casuales, el 97.1% considera que se debería evitar las relaciones sexuales casuales. El 99.2% estuvo en desacuerdo. El nivel de conocimiento bueno encontrado fue del 87.3%, un 23.3% con un nivel de conocimiento regular y solo el 2.1% tuvo un mal nivel de conocimiento ante el VIH-SIDA. (Romero Morales & Reyes Padilla, 2011).

En el año 2011 en Rivas, Nicaragua, se realizó un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA en adolescentes del nivel de secundaria, el cual revelo que el nivel de conocimientos es excelente con un 92.6%, y un nivel de practica aceptable de un 78.3%, pero se encontró que el nivel de buenas prácticas ante el VIH-SIDA es pésimo con un 23.4%, lo que llama a la reflexión sobre la educación de dichos jóvenes y qué medidas se pueden tomar para que estos jóvenes pongan en prácticas sus conocimientos. (Cerrato centeno, 2011)

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente. Aproximadamente el 80% de los nuevos casos ocurren en países en vías de desarrollo.

La comunidad internacional ha asumido el compromiso de poner fin a la epidemia de SIDA, como amenaza para la salud pública para el 2030. Este ambicioso objetivo forma parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015.

En Nicaragua esta lucha contra el VIH/SIDA, en la actualidad sólo es posible enfrentarla mediante la promoción de comportamientos responsables desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud.

El presente estudio pretende recabar información actualizada, para valorar conocimientos, actitudes y prácticas, sobre el tema, que ayuden en el proceso de evaluación del desarrollo de los programas, la participación de los Adolescentes durante este proceso, el manejo y el acceso a la información en la temática del VIH/SIDA.

Con estos datos se fortalecerá la coordinación de las diferentes organizaciones que impulsan el trabajo con los Adolescentes en el Municipio de Nagarote y un manejo más objetivo de los diferentes programas, desarrollando estrategias que logren un proceso de integración más objetivo y real de las familias durante el proceso, que logrará un manejo más integral de este problema actual de la juventud nicaragüense.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2007 el SIDA causó 63,000 defunciones (cerca de 170 muertes por día). En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente.

Los casos de infección por el VIH/SIDA, han mantenido de forma continua su incremento en todo el mundo, incluyendo Nicaragua, sobre todo en la población más joven, donde la vulnerabilidad de este grupo adquiere una gran importancia.

Esta situación, provoca directamente afectación en las condiciones socioeconómicas de los países, ya que la morbilidad del VIH/SIDA desarrolla niveles que comprometen a la población económicamente activa.

La falta del conocimiento sobre la enfermedad, una mala actitud y prácticas de riesgo de la población adolescente es la base fundamental para desarrollar conductas de riesgo que hasta el momento es uno de los factores más importantes en el mantenimiento de la epidemia.

La evaluación de estos factores, durante el proceso de seguimiento, dará la información importante y necesaria para el fortalecimiento de los diferentes programas que trabajan y organizan a los adolescentes, dentro del campo de la Salud Sexual y Reproductiva.

Debido a lo antes señalado nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio demográficas de los adolescentes del presente estudio.
2. Identificar el nivel de conocimientos que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA.
3. Conocer la actitud que tienen los adolescentes respecto al tema del VIH/SIDA.
4. Determinar el nivel de prácticas de los adolescentes sobre el tema de VIH/SIDA.
5. Conocer la fuente de información más frecuente acerca del tema VIH/SIDA.

MARCO TEORICO

ADOLESCENCIA. (OMS, 2005)

La adolescencia se define como el periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta, suele empezar entre los 12 años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina a los 19 años con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada.

La OMS define al grupo de adolescente como la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad y se divide en dos fases: la adolescencia temprana, que abarca desde los 10 hasta los 14 años, y la adolescencia tardía de los que comprende desde los 15 hasta los 19 años. Esta etapa y los primeros años de la juventud son cruciales porque en ella se producen profundos cambios físicos, psicológicos y sociales que impactan el resto de la vida de los seres humanos.

Entre los cambios físicos, se encuentran el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conlleva al inicio de las relaciones sexuales; y entre los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que provoca relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones en el estado de ánimo. Igualmente entre los cambios sociales se encuentra la tendencia a reunirse en grupos, la elección de una ocupación, así como la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esa ocupación que se convertirá en su proyecto de vida.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN JÓVENES Y ADOLESCENTES. (MINSA, 2014)

La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos.

Incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Así mismo, incluye el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. (MINSA, 2014)

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos, quedaron definidos como tales en la Conferencia del Cairo 2005.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en las normativas institucionales del Ministerio de Salud. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA. (VIH) (MINSA, 2009)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un Lentivirus (de la familia Retroviridae).causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia del SIDA por el equipo de Luc Montagnier en 1983.

El evento inicial de la infección es el síndrome retroviral agudo, el cual se acompaña de una rápida reducción en el conteo de linfocitos CD4+ y altas concentraciones de ARN viral. La recuperación clínica se acompaña de una reducción de la viremia plasmática, reflejando el desarrollo de la respuesta de células T citotóxicas. El descenso en el conteo de CD4+ se debe a muerte celular inducida por el VIH. Esto puede ser debido a un alto estado de estimulación de células CD8+ y CD4+ lo que conlleva al “agotamiento de células T” y a muerte celular.

Existen dos tipos de VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando este agente etiológico durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de las mayorías de infecciones por el VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África Occidental.

En torno a la definición de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Encontramos que Laurence lo define como una enfermedad retroviral crónica con el VIH, que produce efectos graves a las células T, que ponen en peligro la vida, además de la disminución de las células CD4 (células T cooperadoras), y un aumento en las células CD8 (células T supresoras tóxicas), la mayor parte de las cuales tienen un fenotipo citotóxico.

EPIDEMIOLOGIA. (ONUSIDA, 2012).

El VIH-SIDA es una epidemia en crecimiento en el mundo industrializado y no industrializado, ya que es una pandemia global. A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas (31,6 millones - 35,2 millones) vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. En 2012 había unos 35,3 millones de personas infectadas por el VIH (las cifras oscilan entre 32,2 y 38,8 millones).

En África subsahariana, donde uno de cada 20 adultos está infectado por el VIH, es la región más afectada. El 69% de la población mundial VIH-positiva vive en esta región. En 2013 se estimaban 35 millones de infectados, 2,1 millones de nuevos casos y 1,5 millones de muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA.

El VIH-SIDA ha pasado a ser una enfermedad de los jóvenes, puesto que los jóvenes adultos de 15 a 24 años de edad constituyen la mitad de aproximadamente 5 millones de nuevos casos que cada año se agregan a las infecciones por el VIH en todo el mundo. No obstante, los jóvenes suelen carecer de la información, el conocimiento práctico y los servicios que necesitan para protegerse a sí mismo contra la infección del VIH-SIDA. Se estima que cada día unos 6.000 jóvenes se infectan con el VIH-SIDA, (uno cada 14 segundos) y la mayoría de ellos son jóvenes mujeres. A fines de 2001, se estimaba que 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad estaban viviendo con el VIH-SIDA, es decir, un tercio de la cantidad total de personas que viven con el VIH-SIDA en todo el mundo. De ellos, sólo unos pocos tienen conocimiento de su propia reacción serológica positiva al VIH.

En Europa oriental y Asia central, hubo un aumento pronunciado desde 2001 en el número de personas que viven con el VIH, que aumentó un 250% en 2010. La Federación de Rusia

y Ucrania representan casi el 90% de la epidemia de la región de Europa oriental y Asia central. El uso de drogas inyectables sigue siendo la causa principal de infección por el VIH en esta región, aunque una transmisión considerable también se presenta en las parejas sexuales de las personas que se inyectan drogas.

África subsahariana sigue siendo la región más afectada por el VIH. En 2010, alrededor del 68% de todas las personas que vivían con el VIH residían en África subsahariana, una región que representa solo el 12% de la población mundial. Además, África subsahariana representó el 70% de las nuevas infecciones por el VIH en 2010, aunque hubo una reducción notable en la tasa regional de nuevas infecciones. La epidemia sigue siendo más grave en África meridional, donde Sudáfrica tiene el mayor número de personas que viven con el VIH (un número estimado de 5,6 millones) que cualquier otro país en el mundo.

Las tendencias relacionadas con el VIH en Oriente Medio y África del Norte varían, ya que la incidencia, la prevalencia y las muertes relacionadas con el SIDA están en aumento en algunos países, mientras que en otros la epidemia es estable. En general, la prevalencia del VIH en la región es baja.

En general, la epidemia del VIH en América Latina es estable. Un descenso constante en las nuevas infecciones por el VIH anuales desde 1996 se estabilizó en los primeros años del nuevo milenio y ha permanecido estable desde entonces a 100.000 [73.000-135.000] por año. El número total de personas que viven con el VIH en esta región sigue en crecimiento.

Ese incremento se atribuye parcialmente al aumento en las personas que viven con el VIH y que reciben tratamiento antirretrovírico, lo que ha ayudado a reducir el número de muertes anuales relacionadas con el SIDA, más de un tercio (36%) de los adultos que vivían con el VIH en esta región en 2010 eran mujeres. El número de niños menores de 15 años que viven con el VIH en esta región ha disminuido. Hubo un descenso considerable en las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el SIDA en los niños entre 2001 y 2010.

La epidemia de VIH en América del Norte y Europa occidental y central permanece estable, a pesar del acceso universal al tratamiento, de la atención y el apoyo, y de la amplia sensibilización sobre la epidemia y las causas de la infección por el VIH. La incidencia del VIH ha cambiado poco desde 2004. El número total de personas que viven con el VIH en América del Norte y Europa occidental y central alcanzó un número estimado de 2,2 millones [1,9 millones–2,7 millones] en 2010, aproximadamente un tercio (34%) más que en 2001. Más de la mitad (cerca de 1,2 millones) de las personas con VIH en esta región residen en los Estados Unidos de América.

NICARAGUA Y VIH-SIDA. (ENDESA, 2012)

La epidemia del SIDA en Nicaragua se clasifica aún como concentrada, de lento crecimiento, predominantemente de transmisión sexual, heterosexual, letalidad por debajo de 10%. A pesar que el mayor número de casos siguen siendo hombres, la feminización sigue su curso llevando cada vez más cercanos a la igualdad de frecuencia. Condiciones sociales como la pobreza, inequidad de género, la falta de acceso a información, la alta proporción de adolescentes fuera del sistema educativo, y las barreras de acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones rurales y étnicas, explican el aumento de la vulnerabilidad a la epidemia en este grupo poblacional. La transmisión vertical es baja, menos del 1% con tendencia al incremento de la cobertura con pruebas de tamizaje y de centros que la ofertan la prueba con pre y post consejería.

Al finalizar el año 2009, Nicaragua ha acumulado 4,742 casos prevalentes (nuevas infecciones y casos sida), ubicándose entre los países con menor número de casos en Centroamérica, lo que se explica por el inicio tardío de la epidemia y las restricciones de movilidad de los años ochenta. La tasa de incidencia en el año 2009, fue de 15.1 x cada 100,000 habitantes, superior a la reportada en 2008 de 13.3 x 100,000 habitantes. Algunos departamentos presentan una tasa de incidencia para el 2009, superior a la media nacional, como es el caso de la tasa de incidencia (VIH) por 100,000 habitantes de Chinandega con

34.4, Managua con 27.4, RAAN con 20.8, Masaya con 19.4. Cercanas a la tasa nacional se ubican Rivas con 14.3 y León con 14.0.

En un esfuerzo conjunto de las unidades de salud, Componente Nacional de VIH, el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia CNDR y organizaciones miembros de CONSIDA, hasta el mes de diciembre del año 2012 se acumulan un total de total de 7,875 personas afectadas por el VIH, de las cuales 6,071 se encuentran en condición VIH, 734 personas en condición de VIH en etapa avanzada y 1,019 fallecidos.

La tasa de prevalencia es de 0.21 por 100 habitantes y la incidencia de 32 por 100,000 habitantes. Se observa una reducción de 5 puntos porcentuales respecto al año 2012(37 por 100,000 habitantes) Durante el año 2012 se ha realizado identificación y confirmación de 1,011 personas afectadas por el VIH, según condición el 88.4% (894) en condición VIH y 3.8% en condición enfermedad VIH avanzada, es decir el 91.2 % de los casos se diagnostican en forma temprana, durante este mismo año fallecieron 7.7% (78) para una tasa de letalidad de 7.7 por 100 habitantes.

Con relación al comportamiento por SILAIS se encontró que el 52.4 % (530) de las personas confirmadas son de Managua, y Chinandega con el 11.7 % (119) seguido de Masaya con el 6.23 % (63), y León 5.63% (57) las Regiones Autónomas aportaron el 6.82% (69). Los Departamentos que identificaron menor número de personas VIH fueron Madriz, Rivas y Estelí. El 100 % de los SILAIS identificaron al menos 7 personas confirmadas para VIH lo que evidencia que existe transmisión activa de VIH en todo el país. La incidencia es del 32 por 100,000 habitantes a nivel nacional.

Según Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2007-2012 respecto al conocimiento sobre VIH y sida de las mujeres encuestadas: 80.4% ha oído hablar sobre el VIH y sida en forma espontánea, 18.4% ha oído hablar sobre VIH y sida dirigido, el 98.8% ha oído hablar sobre VIH-SIDA espontáneo o dirigido, 98.1% conoce una o más formas de evitar el VIH-SIDA, 71.2% conoce la abstinencia, fidelidad y uso de condón.

FACTORES CONTRIBUYENTES. (Reyes & Romero, 2011)

Una combinación de factores sociales, biológicos y económicos contribuye a estimular la pandemia.

POBREZA: El VIH/SIDA es una enfermedad sumamente correlacionada con la pobreza. En un estudio sobre 72 países efectuado por el Banco Mundial se indicó que tanto el bajo ingreso per cápita como la gran desigualdad en los ingresos estaban vinculados con las altas tasas nacionales de infección con el VIH; un aumento de 2.000 dólares en el ingreso per cápita estaba asociado con una disminución del 4% en las infecciones.

LAS NIÑAS Y LAS MUJERES SON MÁS VULNERABLES: Por razones atinentes a la biología, el género y las normas culturales, las mujeres son más susceptibles que los varones a la infección con el VIH. Se estima que hay 7,3 millones de jóvenes mujeres que viven con el VIH/SIDA, en comparación con 4,5 millones de jóvenes varones.

Desde el punto de vista biológico, el riesgo de que una mujer se infecte durante relaciones sexuales sin protección es de 2 a 4 veces mayor que para un varón. Las jóvenes mujeres son incluso más vulnerables debido a que sus aparatos reproductores están aún en proceso de maduración y que los desgarramientos de sus tejidos ofrecen un fácil acceso a la infección. Asimismo, las jóvenes enfrentan más altos riesgos sociales. Cuando tienen relaciones sexuales, tienden a predominar las relaciones con hombres de más edad y esto aumenta las probabilidades de que sus compañeros sexuales ya estén infectados.

Algunas niñas pobres proporcionan relaciones sexuales a cambio de dinero para pagar la matrícula escolar o ayudar a sus familias. Una vez que han entablado relaciones con esos hombres, que son maestros, chóferes, dueños de tiendas o incluso agentes de policía, las niñas tienen escaso poder para negociar el uso de condones.

RIESGO QUE CORREN LAS JÓVENES CASADAS: El matrimonio no siempre protege a las jóvenes contra la infección con el VIH. Dado que el porcentaje de jóvenes varones que

inician tempranamente su actividad sexual es muy superior al porcentaje de jóvenes mujeres, éstas probablemente contraen matrimonio con un hombre que ya tiene experiencia sexual.

FALTA DE INFORMACIÓN Y DE CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS PARA SU PROTECCIÓN: Debido a que en muchos países, las cuestiones sexuales son un tema tabú, hay grandes cantidades de jóvenes que carecen de la información o los conocimientos prácticos suficientes para negarse a tener relaciones sexuales o negociar prácticas sexuales de menor riesgo. Si bien la mayoría de los jóvenes han oído acerca del VIH/SIDA, son pocos los que tienen conocimientos suficientes para protegerse a sí mismos contra la infección.

SENTIMIENTOS DE INVENCIBILIDAD: Los adolescentes tienden a subestimar, desestimar o denegar los riesgos de infección con el VIH. Los estudios de casos realizados por la OMS indican que sólo entre una quinta parte y un tercio de los jóvenes consideran que corren algún riesgo. Muchos jóvenes no reconocen que el comportamiento de sus parejas también los hace correr riesgos. Muchos otros tal vez creen que la infección con el VIH sólo ocurre entre trabajadoras del sexo, toxicómanos u hombres que tienen relaciones íntimas con otros hombres. Los sentimientos de invencibilidad, sumados a la falta de conocimiento sobre las consecuencias del comportamiento riesgoso, los pueden impulsar a adoptar menos precauciones para proteger su salud, y su vida.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: Las infecciones de transmisión sexual aumentan considerablemente la probabilidad de infección con el VIH. Además de tener otras consecuencias en materia de salud reproductiva, como dolores crónicos, infecundidad o embarazos ectópicos que ponen en peligro la vida de la embarazada. Si bien escasean los datos sobre esas infecciones en los países en desarrollo, en particular en lo concerniente a los jóvenes, la OMS estima que al menos una tercera parte de más de 333 millones de nuevos casos curables que ocurren cada año afectan a personas menores de 25 años. Además, los jóvenes también tienen probabilidades mucho mayores que los adultos de volver a infectarse después de haber recibido tratamiento.

USO DE ALCOHOL Y DROGAS: Compartir las agujas para inyectarse drogas es un medio sumamente eficiente de propagar el VIH, debido a que se introduce el virus directamente en el torrente circulatorio. Al combinar el consumo de drogas con las relaciones sexuales a cambio de dinero, se proporciona un puente para el VIH, desde los toxicómanos por vía endovenosa hacia la comunidad en general.

El consumo de drogas suele comenzar en la adolescencia. En Nepal, donde la mitad de los 50.000 toxicómanos del país tienen entre 16 y 25 años de edad, la incidencia del VIH entre los toxicómanos por vía endovenosa aumentó desde el 2% en 1995 hasta casi el 50% en 1999. En China, las más altas tasas de VIH se registran entre toxicómanos por vía endovenosa, que suelen ser hombres jóvenes.

INTERACCIÓN CON LA TUBERCULOSIS: En todo el mundo, la tuberculosis es la principal causa de defunción de los pacientes de SIDA; un tercio de todos ellos están tuberculosos. Los infectados con el VIH tienen probabilidades mucho mayores que los demás según algunas estimaciones, 800 veces superiores de presentar tuberculosis activa. En Kenya, entre 1990 y 1996 se duplicó la prevalencia, tanto del VIH como de la Tuberculosis.

Los jóvenes deberían estar vacunados para prevenir la tuberculosis. En la mayoría de los casos, la tuberculosis es tratable utilizando terapias de observación directa. Si se dispensa un tratamiento a medias, o erróneo, esto puede conducir a una tuberculosis resistente a los medicamentos, y el tratamiento se hace mucho más difícil y más costoso. Por consiguiente, los programas de lucha contra la tuberculosis, incluidos los que benefician a los jóvenes, deben formar parte de las estrategias de prevención y atención del SIDA.

LAS RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA: según informe sobre la epidemia del SIDA 2002, casi la mitad de las nuevas infecciones se dan entre los 15 y los 24 años. Para poder realizar intervenciones preventivas eficaces es preciso conocer las variables que originan y mantienen las conductas de riesgo de los adolescentes. Durante esta etapa suele aumentar el interés por el sexo y darse las primeras relaciones sexuales. Para que esta

primera relación pueda considerarse saludable, debe de cumplir algunos requisitos: anticipada, es decir prevista con antelación; deseada por ambos miembros de la pareja; con protección ante riesgos de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual (ETS y VIH.SIDA). Disfrutarla, resultando gratificante para los dos.

EDAD DE LAS PRIMERAS RELACIONES SEXUALES: como promedio, el primer contacto sexual suele darse en torno a los 16 años, aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero.

CONDUCTAS SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA.

a). Masturbación: Tanto la auto-estimulación, como la estimulación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes se han observado tasas que llegan al 95% y cerca de la mitad se masturban con una frecuencias de una o más veces al día.

b). Sexo oral: Los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna practica de sexo oral, llegando al 76% en los varones y al 66% en las mujeres. (Murphy & et , 1998)

c). Coito vaginal: Entre el 68% y el 83% de los jóvenes han mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal. Estudios indican que entre las chicas y chicos sexualmente activos, el 100% ha tenido alguna relación con penetración vaginal. (Murphy & et , 1998).

d). Coito anal: Esta práctica, una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del VIH, tiene una frecuencia muy variable función de los estudios.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES:

Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos. La relevancia de este dato radica que a mayor número de parejas sexuales, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Además se da la circunstancias de que los jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes usan menos el preservativo.

MECANISMO DE TRANSMISION.

El VIH solo 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 al 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 saliva, lagrimas, y la orina, el semen, el líquido pre seminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos.

Las tres principales formas de transmisión son:

Sexual: (acto sexual sin protección) la transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

Parenteral: (sangre) es una forma de transmisión a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas, en personas hemofílicas que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre y en menor grado trabajadores de salud que estén expuesto 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 tatuajes, piercings y escarificaciones.

Vertical: (de madre a hijo) la transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto o en la lactancia materna. 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 se da a la embarazada un tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por vía cesárea generalmente, se suprime la producción de leche y con ello la lactancia e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

DIAGNOSTICO Y PRUEBAS DE LABORATORIO. (MINSA, 2009)

La prueba diagnóstica para infección por VIH deberá estar disponible y ofrecerse a toda la población general y dado que la mayoría de las personas con VIH se encuentran asintomáticas por un período significativo de tiempo es importante considerar las condiciones de riesgo y vulnerabilidad de los individuos o la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar la infección con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano que tiene implicaciones pronósticas.

La entrevista inicial debe realizarse en un ambiente de confianza y respeto, asegurando la confidencialidad de la información. En dicha entrevista se sugiere interrogar por:

1. Antecedentes relacionados con transmisión sanguínea:

- Transfusión de sangre o sus componentes.
- Trasplantes de órganos o inseminación artificial.
- Uso de drogas intravenosas.
- Personal de salud con antecedentes de exposición ocupacional a sangre o líquidos potencialmente infectantes.
- Punción con agujas o jeringas potencialmente contaminadas con sangre.

2. Antecedentes relacionados con transmisión sexual:

- Relaciones sexuales sin protección con personas cuyo estado de infección por VIH se desconoce.
- Ser o haber sido pareja sexual de una persona infectada con VIH.
- Tener un (a) solo (a) compañero (a) sexual pero con prácticas de riesgo.
- Tener múltiples parejas sexuales de manera secuencial o simultánea, sin protección.
- Antecedentes de violación o abuso sexual. Ser trabajador (a) sexual.
- Tener antecedentes en el último año de alguna infección de transmisión sexual.

3. Antecedentes relacionados con la transmisión perinatal.

- Ser hijo menor de 5 años, de madre o padre con prácticas de riesgo para infección por VIH o cuya madre se conozca infectada por el VIH.

- Ser menor de 5 años, con datos clínicos que obliguen a descartar infección por VIH.

Se pueden presentar estos síntomas al seroconvertirse VIH positivo como molestias generales notables; sudoración nocturna, diarrea, pérdida de peso y emaciación, dolores articulares, anorexia, astenia. Se considera que una persona es seropositiva cuando presenta anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana, la seropositividad nos indica:

- Que el sujeto ha entrado en contacto con el virus.
- Que está infectado por el VIH.
- Debe considerarse portador del virus y por tanto lo puede transmitir a otras personas.

Sin embargo la seropositividad no indica que se padece del SIDA ni predice la evolución de la enfermedad, si una persona es seropositiva permanecerá infectada probablemente de por vida por que deberá tomar precauciones que disminuyan los riesgos de evolución de la enfermedad y evitar contagiar a otras personas.

El diagnóstico de infección de VIH se basa en las pruebas que detectan antígenos y anticuerpos contra el virus. Estas pruebas se clasifican en:

- PRUEBAS DE DETECCIÓN O TAMIZAJE: Pruebas rápidas para detección de anticuerpos de VIH I-II y ELISA.
- PRUEBAS CONFIRMATORIAS: Western blot, antígeno p24, cultivo viral, DNA pro-viral y carga viral por RT PCR o DNA.

TRATAMIENTO. (MINSA, 2009)

Existen diferentes tipos de fármacos para tratar la infección por el VIH. Esos medicamentos atacan diversos aspectos del proceso que utiliza el virus para replicarse. Como el virus muta rápidamente y se vuelve resistente a todos los medicamentos administrados de forma aislada, los pacientes deben de tomar una combinación de fármacos para lograr la máxima supresión del VIH.

La terapia combinada contra el VIH es conocida como terapia antirretroviral de gran actividad o TARGA, cambia el curso natural de la infección por el VIH y prolonga significativamente el periodo entre la infección inicial y el desarrollo de los síntomas.

NOMBRES GENERICOS DE LOS ANTIRRETROVIRALES.

Existen seis grandes grupos de antirretrovirales que comprenden 29 productos comerciales aprobados por la FDA de Estados Unidos de América para el tratamiento de la infección por VIH. Los médicos que utilicen estos fármacos deberán conocer sus características a profundidad:

Inhibidores de la transcriptasa reversa análogos nucleósidos (ITRAN)

1. Zidovudina (AZT, ZDV)
2. Didanosina (ddI)
3. Zalcitavina (ddC)
4. Estavudina (d4T)
5. Lamivudina (3TC)
6. Abacavir (ABC)
7. Tenofovir (TDF)
8. Emtricitabina (FTC)*

Inhibidores de la transcriptasa reversa no nucleósidos (ITRNN)

1. Nevirapina (NVP)
2. Delavirdina (DLV)*
3. Efavirenz (EFV)

Inhibidores de Proteasa (IP)

1. Saquinavir (SQV)*
2. Ritonavir (RTV)

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

3. Indinavir (IDV)
4. Nelfinavir (NFV)
5. Amprenavir (APV)*
6. Lopinavir (LPV)
7. Atazanavir (ATV)*
8. Fosamprenavir (FPV)*
9. Tipranavir (TPV)*
10. Darunavir (DRV)

Inhibidores de fusión

1. Enfuvirtide (T-20, ENF). Antagonista de CCR5
2. Maraviroc (MVC)
3. Raltegravir (RAL)

PREVENCION.

1. Retardar el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.
2. Fidelidad entre las parejas.
3. Uso correcto del preservativo en todas las relaciones sexuales.
4. No compartir jeringas, cuchillas de afeitar, cepillos de dientes o cualquier otro utensilio personal que pueda haber dejado sangre.
5. Si es madre infectada con VIH, no amamantar.

EL ANÁLISIS CAP. (CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS)

El análisis CAP es una herramienta de análisis de comportamientos. Se utiliza tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de un proyecto.

La utilidad del CAP radica en que, si se quiere promover el desarrollo en las comunidades, el enfoque en comportamientos debe ser un eje que acompañe todo el proceso, tanto en el diagnóstico como en la planificación, permite analizar comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar, permite entender porque la gente hace lo que hace, permite evaluar la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe.

QUÉ ES UN CONOCIMIENTO?

Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

QUÉ ES UNA ACTITUD?

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto. Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

QUÉ ES UN COMPORTAMIENTO?

Es una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas. Un comportamiento ideal es una acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico.

QUÉ ES UNA PRÁCTICA?

Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EL VIH-SIDA EN ADOLESCENTES. (Reyes & Romero, 2011)

CONOCIMIENTO.

El conocimiento implica datos concretos sobre lo que se basa una persona para decir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada. El término conocimiento se usa en sentido de hecho, información, contexto, pero también como comprensión y análisis.

Sin embargo el conocimiento no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona haga conciencia de las razones para modificar o adoptar una determinada conducta. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.

El nivel de conocimiento de la población en general sobre el VIH-SIDA es importante para la prevención por las siguientes razones:

1. Al no existir una vacuna contra el VIH, ni un tratamiento biomédico efectivo, el único medio para prevenir el contagio y la diseminación del VIH es el cambio de comportamiento sobre la información y educación.
2. Las medidas educativas tomadas en consideración para el éxito depende de las necesidades de información de la población en general y de los diferentes niveles sociales que la componen.

Ciertamente se sabe que en la población en general existe desinformación, distorsión de hechos verdaderos, mitos y creencias falsas sobre el VIH-SIDA. Por estas razones mencionadas determinamos las necesidades de información y de buscar de una manera aceptable e individualmente relevante de educar sobre el VIH-SIDA.

ACTITUDES.

Una actitud es un conjunto de creencias en torno a un objeto o situación que induce a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Estos términos implican una serie de otros conceptos como valores, impulsos, propósitos, preferencias, aversiones, gustos, prejuicios, convicciones etc.

Las actitudes tienden a uniformar el comportamiento de las relaciones sociales conociendo las actitudes y creencias de una persona respecto de algo, es posible predecir más fácilmente sus prácticas, conviene aclarar que las actitudes y prácticas son dinámicas y que existe más de una para cada situación. Sobre todo en cuanto a VIH-SIDA.

Muchos adolescentes y adultos jóvenes no quieren hacerse la prueba rápida y voluntaria con consejería porque tienen miedo a saber la verdad. En caso de que se la realicen, no desean saber sus resultados, los que los hace más vulnerables.

VARIABLES ACTITUDINALES.

Las actitudes no garantizan la realización final de una conducta, pero si predicen una mayor probabilidad de aparición. Así, el hecho de que un adolescente decida mantener únicamente relaciones sexuales seguras, no es garantía de que finalmente se comporte así. En cualquier caso, los datos de la investigación en este campo indican que aunque la intención no sea suficiente, si es necesaria.

VARIABLES CONDUCTALES.

Consumo de alcohol y otras drogas: el consumo de estas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobre valoración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. Algunos estudios revelan que hasta un 86% de los jóvenes habían tenidos relaciones sexuales sin protección bajo efectos del alcohol, y en menor cantidad bajo

efectos de otras drogas. Existe una relación progresiva entre el consumo de alcohol y las conductas de riesgo, los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección.

Variedad de parejas: A mayor número de parejas sexuales, mayor riesgo de infectarse por el VIH, sin embargo limitar el número de parejas sexuales, o tener solo una, no garantiza estar protegido contra el VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a sus parejas. La monogamia serial o el mantenimiento de varias relaciones estables y fieles sucesivamente, no garantizan ninguna protección frente al VIH.

Utilización adecuada del preservativo: el correcto uso del preservativo determina su eficacia como barrera ante el VIH. El reducido margen de fallo de este método se debe en gran medida a su uso inadecuado. La utilización adecuada del preservativo de látex se puede aprender fácilmente, observando y practicando con prótesis.

Habilidad para solicitarle sexo seguro a la pareja: consiste en la capacidad para plantearle eficazmente el uso de preservativo o realizar sexo seguro, y mantener a la vez una relación positiva con la pareja.

Asertividad ante las situaciones de sexo no seguro: se trata de la habilidad de decir NO en caso de que la pareja ejerza presión para mantener una relación sin protección.

Acceso a métodos de prevención: supone la existencia de medios informativos en el entorno próximo del adolescente y que su disponibilidad sea sencilla. En el caso del preservativo, en la medida que pueda adquirirse en más lugares y que su compra no suponga una barrera para el joven.

PRACTICAS.

Ciertas prácticas sexuales pueden convertirse en factores de riesgo de transmisión del VIH. En el grupo de prácticas con alto riesgo se incluyen aquellos sujetos que tienen múltiples parejas sexuales, que no utilizan el condón en todas las relaciones sexuales, que usan alcohol y otras drogas y tiene relaciones sexuales sin protección.

El modelo de creencias de salud (Becker, 1974), se enmarca en las teorías del valor expectativas, aplicado a la prevención del sida, señala que para que un adolescente adopte conductas de prevención deben darse cinco elementos:

1. Que perciba el SIDA como una enfermedad grave.
2. Que esté realmente en riesgo o sea susceptible de adquirirlo.
3. Que conozca los mecanismos de prevención.
4. Que se encuentre motivados para ponerlos en práctica.
5. Que cuente con los recursos necesarios para implantar finalmente las conductas de protección.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio

Descriptivo, de corte transversal.

Universo

El Universo del estudio estuvo constituido por **455 Adolescentes** del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Muestra

La muestra estuvo conformada por los **210 Adolescentes** que se encontraban matriculados en el 4° y 5° año de Secundaria del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017, la cual fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, establecidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Para calcular el tamaño de la muestra fue utilizada la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene su valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), en el presente estudio se valorará un valor del 5% (0.05)

Criterios de inclusión:

1. Jóvenes Adolescentes en edades de 14 – 19 años.
2. Jóvenes que se encontraban debidamente matriculados en 4° Y 5° año , en el Instituto Público del municipio de Nagarote de acuerdo a los registros académicos.
3. Jóvenes que se encontraban presentes en el momento del llenado de la encuesta.
4. Estudiantes que estuvieron de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de la información.

Criterios de exclusión:

1. Jóvenes en secundaria mayores de 20 años
2. Adolescentes que no estén de acuerdo en el llenado de recolección de la información.

VARIABLES

ENUMERACION DE VARIABLES SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Variables relacionadas a las características socio demográficas.

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil
- Nivel de escolaridad
- Procedencia

2. Variables relacionadas a Identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA.

- Conocimientos generales
- Formas de transmisión
- Diagnostico
- Tratamiento
- Signos y síntomas
- Prevención

3. Variables relacionadas a la actitud que tienen los adolescentes acerca del tema de VIH/SIDA.

- Actitud ante la prevención.
- Actitud ante el uso del condón.
- Actitud ante las personas portadoras y enfermas del SIDA.

4. Variables respecto al nivel de prácticas que tienen los adolescentes acerca del tema de VIH/SIDA.

- Número de parejas sexuales.
- Practicas acerca de la edad de inicio de las relaciones sexuales.
- Practicas acerca de las relaciones sexuales de riesgo.

5. Variables relacionadas a la Fuente de Información más frecuente acerca del tema VIH/SIDA.

- Lugar de información
- Fuente de Información
- Informantes

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	VALORES
Edad	Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Adolescencia Temprana Adolescencia Tardía	14 a 16 años 17 a 19 años
Sexo	Característica bio-fisiológicas que involucran los aparatos reproductores y características sexuales secundarias.	Genero al cual pertenece la persona	Masculino Femenino
Escolaridad	Nivel de preparación académica recibida por el encuestado hasta el momento de llenado del formulario.	Año académico que cursa	4° año 5° año
Estado civil	Condición del encuestado con los derechos y obligaciones civiles.	Estado conyugal de la persona.	Soltero Acompañado Casado
Religión	Conjunto de creencias, dogmas, prácticas y rituales sobre un ser divino.	Práctica religiosa aceptada por la persona.	Católico Evangélico Testigo de Jehová
Procedencia	Será la procedencia de los estudiantes del 4° y 5° año de acuerdo al sitio donde viven		Urbana Rural
Nivel de conocimientos generales acerca de VIH/SIDA	Grado de adquisición de datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir lo que se debe o puede hacer ante una situación determinada respecto al VIH/SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Bueno Regular
Formas de transmisión de VIH/SIDA	Nivel de conocimiento acerca de las vías a través de las cuales se puede transmitir el VIH/SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Diagnostico	Nivel de conocimientos acerca de los medios a través de los cuales se puede realizar el diagnóstico del VIH SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Tratamiento	Nivel de conocimiento acerca de la conducta a seguir en el tratamiento del VIH/SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Presentación clínica del VIH/SIDA	Nivel de conocimiento acerca de los signos y síntomas que presentan personas enfermas de VIH/SIDA	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Prevención	Nivel de conocimiento acerca de las medidas o métodos que pueden ser aplicados para evitar enfermarse de VIH/SIDA	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Actitud respecto al VIH/SIDA	Predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable ante determinados aspectos relacionados al VIH/SIDA	Puntuación según test determinado por encuesta realizada	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al uso del condón	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al uso del condón.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert:	Desfavorable favorable
Actitud respecto a las relaciones sexuales de riesgo	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto a las relaciones sexuales de riesgo.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Nivel de práctica	Conjunto de costumbre ,hábitos que realiza el adolescente en su práctica sexual	Tipo de práctica, uso del preservativo, relaciones sexuales con más de una pareja	Buena Regular Mala
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales	Practica de al menos una relación sexual coital por el encuestado en algún momento de su vida.	Si: si ha tenido al menos una relación sexual coital. No: no ha tenido relación sexual coital alguna.	Si No
Relaciones sexuales con más de una pareja	Prácticas sexuales del individuo con otras personas además de su pareja	Respuesta del encuestado	Siempre Casi siempre Nunca
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad a la cual refiere el encuestado practico su primera relación sexual coital.	Adolescencia temprana. Adolescencia tardía.	10 a 14 años. 15 a 19 años.
Fuente de información	Medio a través del cual el encuestado obtuvo información sobre VIH/SIDA	Respuesta del encuestado	Lugares y medios de obtención de la información Personas con quienes han hablado de VIH/SIDA

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Medios masivos de información acerca del VIH/SIDA	Medios de comunicación masivos mediante los cuales los encuestados reciben información sobre VIH/SIDA.	Fuentes de información audio visuales masivos referidos por el encuestado.	Radio Televisión Libros Revistas Otros
---	--	--	--

Personas con quienes hablan más sobre VIH/SIDA	Persona con el cual el encuestado conversa sobre VIH/SIDA.	Principales individuos que transmiten información de manera verbal al encuestado.	Padres Maestros Novios Amigos Personal de salud
Lugares donde ha escuchado hablar de VIH/Sida	Lugares donde han obtenido información sobre VIH/Sida	Principales lugares donde el individuo ha obtenido información.	Calle Casa escuela Iglesia Bares Unidad de salud

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se realizaron visitas a la Dirección Docente del Instituto Público de Nagarote, para establecer coordinaciones en los diferentes momentos del proceso de investigación.
- Se elaboró un Instrumento de Recolección de la Información, basado directamente en los objetivos específicos del presente estudio.
- Se procedió a un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 03 profesionales especialistas, que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Enfermeras, Psicólogas, y Religiosos, además contaremos con el apoyo de 20 Adolescentes escogidos al azar, de ambos géneros (10 varones y 10 mujeres), del nivel secundario de educación.
- El Instrumento, se aplicó en una prueba piloto a un número de 20 Adolescentes que no estudiaban en el Instituto Público de Nagarote.
- Las respuestas a las preguntas conforman las variables de nuestro estudio; a partir de ello se obtuvo la información para mejorar el instrumento el cual fue elaborado con la metodología CAP.
- A todo adolescente que aceptó participar se le solicitó consentimiento informado.

En la primera parte de la encuesta se solicitó los datos socio demográfico del adolescente.

El conocimiento sobre VIH SIDA se evaluó de acuerdo a su concepto, forma de adquirir la enfermedad, causas que favorecen la transmisión, diagnóstico, sintomatología, prácticas de riesgo, y medios de prevención.

Luego se realizaron 48 preguntas de conocimientos sobre VIH/SIDA a los adolescentes en estudio; en las cuales debieron contestar sí, no, o no sabe. El total de preguntas tiene un valor ponderal de 100 puntos, para luego asignársele una puntuación de:

- 70-100% para un nivel de conocimiento bueno
- 60-69% para un nivel de conocimiento regular
- 0 - 59 % para un nivel de conocimiento malo

Para valorar las actitudes respecto al VIH/SIDA de los adolescentes en estudio, se realizaron 16 preguntas, las cuales se distribuyeron en 8 proposiciones afirmativas y 8 proposiciones negativas, con las siguientes opciones de respuesta:

A: De acuerdo.

D: En duda.

DS: En desacuerdo.

La puntuación obtenida se revisó en correspondencia a la escala de Likert, pero en este caso se modificó a valores de 1 a 3 puntos.

Para una Actitud Favorable: 31 – 48 puntos.

Desfavorable: 16- 30 puntos.

Por ejemplo; “Estar de acuerdo en rechazar a una persona infectada con VIH/SIDA”, es una actitud desfavorable ante la persona enferma, entonces se le asignaba 1 punto, en duda: 2 puntos, en desacuerdo: 3 puntos.

Para evaluar las prácticas acerca del VIH-SIDA, se formularon 5 preguntas relacionadas a los factores y actividades realizadas por los adolescentes que pudiesen llevarles a padecer la enfermedad, tomando en el uso correcto y consistente del preservativo durante las relaciones sexuales.

A cada pregunta se le asignó un valor numérico de 20 puntos, para obtener los siguientes niveles:

- Nivel de Práctica Buena: 70- 100 puntos.
- Nivel de Práctica Regular: 60-69 puntos.
- Nivel de Práctica Mala: 0- 59 puntos.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, se procederá a digitar los datos obtenidos en una hoja electrónica conformando una base de datos. Posteriormente los datos serán introducidos, procesados y analizados en Software, para lo cual utilizamos el Programa SPSS 20.0.

PLAN DE ANALISIS

La información obtenida se resumirá en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, para lo siguiente:

1. Factores socio demográficos.
2. Conocimientos sobre VIH/SIDA.
3. Actitudes respecto al VIH/SIDA.
4. Practicas respecto al VIH/SIDA.
5. Fuentes de información respecto al VIH/SIDA.

Se realizará el siguiente entrecruzamiento de variables:

1. Factores socio demográficos versus el nivel de conocimientos.
2. Factores socio demográficos versus el nivel de actitudes.
3. Factores socio demográficos versus el nivel de prácticas.
4. Nivel de conocimientos versus nivel de actitud.
5. Nivel de conocimientos versus nivel de prácticas.

La información se presentó en cuadros y gráficos mediante el programa de Office 2010

ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo fue desarrollado por estudiantes de Medicina, como requisito académico para la promoción del año, y para la tramitación del título profesional. El principal objetivo de la Investigación fue el Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Se implementó un cuestionario para el desarrollo de los objetivos específicos del presente estudio, donde se les informó de forma detallada a los adolescentes sobre su participación en el proceso de la recolección de la información. Haciéndoles énfasis en el mecanismo de confidencialidad que se mantuvo en todo momento del desarrollo de la investigación, y cuyos objetivos se enmarcan dentro del desarrollo de la investigación científica, no violentando en ningún momento sus derechos, respetando su punto de vista, sin causar daño a su integridad física ni moral.

RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas de la población en estudio el mayor porcentaje de edad corresponde a personas entre 17 – 19 años representado por 53.3% (112) y el 46.7% (98) restante se encuentra entre 14 – 16 años. Así mismo un 53.8% (113) son de sexo femenino y 46.2% (97) masculino. Otro rasgo es el estado civil, obteniéndose que el 90.5% (190) están solteros, 6.6% (14) acompañados y solo un 2.9% (6) casados.

También en relación a la religión el 63.3% (133) profesa la Católica, 34.3% (72) evangélica y 2.4% (5) profesaban otro tipo de Religión. Además un 49.5% (104) sólo alcanzó 4° año de educación secundaria y 50.5% (106) llegó a 5°. Hay que mencionar además que el mayor porcentaje de la población procede de la zona Urbana con el 73.8% (155) y 26.2% (55) a la procedencia rural. **(Cuadro N° 1)**

Por lo que se refiere a conocimientos generales sobre VIH/SIDA, el primer aspecto que se indago fue si conocen que el SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, a lo cual el 92.4% (194) dijo que sí, 4.3% (9) que no y el 3.3% (7) afirmó no saber. El siguiente fue que si VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana, la mayor parte, 91.0% (191), expresó que sí, 3.8% (8) que no y 5.2% (11) dijo no saber.

El tercer aspecto fue que si saben si el VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos, a lo que el 87.1% (183) respondió que no, 8.1% (17) que sí y 4.8% (10) manifestó no saber. Acerca de si cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja el 91.0% (191) dijo que sí, 4.8% (10) que no y 4.2% (9) no sabe.

Con respecto a que Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA, el 78.1% (164) dijo que sí, 15.7% (33) que no y 6.2% (13) no sabe. En el caso de que si el VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua, el 86.2% (181) considera que sí, 10.0% (21) que no y 3.8% (8) no sabe. El VIH/SIDA tiene cura, el porcentaje más pequeño de la población, 8.6% (18), no sabe, el 11.4% (24) dice que sí y el mayor porcentaje

correspondiente a 80.0% (168) dice que no. Ahora los resultados a la aseveración sobre si el VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, lo que el 94.3% (198) dijo que sí, 3.8% (8) que no y 1.9% (4) expresó no saber. En cuanto a si están de acuerdo que cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades, un 38.6% (81) piensa que la afirmaciones correcta, 6.7% (14) dice que no y 54.7% (115) no sabe.

Por otra parte se planteó que si las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas, un 77.1% (162) piensa que sí, 11.0% (23) que no y 11.9% (25) dice no saber. Así mismo para la afirmación de que si el SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen, el mayor porcentaje, 92.9% (195), respondieron que sí, 5.7% (12) que no y 1.4% (3) expresó no saber. Como último aspecto en relación a los conocimientos de la población se preguntó que si estaban de acuerdo en que el SIDA se puede curar si se diagnostica pronto, 67.6% (142) afirma que sí, 19.1% (40) dice que no y 13.3% (28) expresa su desconocimiento. **(Cuadro N° 2)**

Por lo que se refiere a cómo se transmite el VIH/SIDA, 87.6% (184) están de acuerdo con que es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada, 6.7% (14) dicen que no es así y 5.7% (12) expresa no saber. Por otro lado se expuso que si las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA, ante lo cual el 92.4% (194) dijo que sí, 4.3% (9) que no y 3.3% (7) expresó no saber.

Además se sugirió que se puede contagiarse de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas, el mayor porcentaje correspondiente a 91.0% (191) expresó que si, 5.7% (12) que no y 3.3% (7) dijo no saber. Otra de las afirmaciones fue que si se transmite por mala higiene personal, a este respecto el 47.1% (99) dijo que si, 32.9% (69) que no y 20.0% (42) dijo no saber. Una alternativa diferente fue que si el no uso de preservativos en una relación sexual, por la cual 72.9% (153) expresó que si, 13.8% (29) que no y 13.3% (28) dijo no saber. Otro aspecto fue que si consideran que una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas, en donde 76.7% (161) dijo que si, 11.4% (24) que esto no es posible y 11.9% (25) dice no

saber. Con respecto a si una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebé durante el parto y durante el período de lactancia materna el 86.2% (181) afirmó estar de acuerdo con esta aseveración, 10.5% (22) dijo que no y 3.3% (7) dijo no saber.

En cuanto a si el VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales, la mayor parte opina que no, 81.4 (171), un 8.1% (17) dice que sí y 10.5% (22) dice no saber. Con respecto a si el VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lágrimas, el 10.5% (22) afirma que sí, 82.4% (173) expresa que no y 7.1% (15) dice no saber. Ahora bien otro punto fue que si se puede adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA, ante lo que 21.0% (44) dijo que si, 57.1% (120) que no y 21.9% (46) expresó no saber. **(Cuadro N° 3)**

En relación a los conocimientos sobre el diagnóstico del sobre el VIH/SIDA, se planteó que si este se hace por lo que la persona siente o manifiesta, ante lo cual el 39.1% (82) dijo que si, 51.9% (109) que no y 9.0% (19) dijo no saber. Al mismo tiempo se propuso que si lo hacen por lo que le dice algún amigo o conocido y un 22.4% (47) dijo que sí, 73.8% (155) que no y 3.8 (8) expresa no saber.

Otra alternativa fue que si lo realizan por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo, con lo que la mayoría 81.4% (171) está de acuerdo, 7.6% (16) dijo que no y 11.0% (23) expresó no saber del asunto. Además un 83.8% (176) está de acuerdo con que el diagnóstico que hace por el resultado de laboratorio, contra lo que un 6.7% (14) expresó que no y 9.5% (20) dijo no saber. **(Cuadro N° 4)**

Acerca de los conocimientos sobre el tratamiento del sobre el VIH/SIDA El primer aspecto abordado fue: Usted mismo se daría tratamiento, a lo que 30.5% (64) dijo que si, 51.4% (108) que no y 18.1% (38) expresó no saber. En relación a si tomarían medicamentos recomendados por amigos o familiares, un 19.1% (40) dijo que sí, 54.3% (114) que no y 26.6% (56) dice que no sabe. Otra opción fue que si acudirían a un curandero,

la mayoría representada por 68.6% (144) dijo que no y un 15.7% (33) expresa en cantidades iguales que si o que no sabe. Por otro lado se preguntó que si tomarían medicamentos indicados por el médico, a lo que el 96.2% (202) dijo que si, 1.9% (4) que no y un porcentaje similar expresó no saber. **(Cuadro N° 5)**

En materia de los conocimientos sobre signos y síntomas del sobre el VIH/SIDA, en cuanto a fiebre el 60.5% (127) dice que sí se presenta, 21.4% (45) que no se presenta y 18.1% (38) dice no saber. Simultáneamente se preguntó que si existe picazón en la región genital, a lo que el 81.0% (170) dijo que si, 6.7% (14) dijo que no y un 12.3% (26) expresó no saber. Otro de los signos fue la pérdida de peso con a lo que 77.6% (163) de las personas dijo que si, 19.1% (40) que no y 3.3% (7) dijo no saber.

Además sobre el padecimiento de diarrea, un porcentaje de 65.7% (138) estuvo de acuerdo, un 21.4% (45) dijo que no y 12.9% (27) expresó no saber. Otro de los signos sugeridos fue la presencia de vómitos, dónde un 52.4% (110) dijo que sí, 23.8% (50) que no y un porcentaje similar expresó no saber. Hay que mencionar además el padecimiento de dolor de Cabeza, un 65.7% (138) dijo que sí es un síntoma, 9.1% (19) dijo que no y 25.2% (53) dijo no saber. Además en cuestión que experimentar escalofríos, el 47.6% (100) dice que si, 14.8% (31) que no y 37.6% (79) no sabe. No sólo todo lo antes mencionado sino también la presencia de Verrugas (pelotitas en las partes íntimas), a lo que el 73.3% (154) dijo que sí, 1.9% (4) que no y 24.8% (52) no sabe. **(Cuadro N° 6)**

Sobre los conocimientos de las medidas de prevención del sobre el VIH/SIDA, 58.1% (122) dijo que estuvo de acuerdo con no tener relaciones sexuales, 25.7% (54) dijo que no y 16.2% (34) afirmó no saber, Otra proposición fue tener una sola pareja sexual, a lo que 71.9% (151) dijo que si, 14.8% (31) dijo que no y 13.3% (28) expresó no saber. También se preguntó si no usar drogas por las venas es una medida y la mayoría de las personas 59.1% (124) dijo que si, 35.7% (75) que no y 5.2% (11) expresó no saber.

A su vez se preguntó que si reducir el número de parejas sexuales es una medida eficaz, 77.6% (163) dijo que si, 14.8% (31) que no y un 7.6% (16) no sabe. Ahora en relación al uso de condón, la mayoría 85.2% (179) dijo que sí, 3.8% (8) que no y 11.0% (23) no sabe.

Por otra parte se planteó la practicando de sexo oral como medida preventiva, un 19.5% (41) indicó que si era una medida para la prevención de la infección por VIH, el 66.2% (139) dijo que esta situación no era una medida de prevención, y el 14.3% (30) dijo que no sabían. Así mismo se sugirió el acto de eyacular (terminar) fuera de la pareja, a lo que 54.3% (114) dijo que si, 27.1% (57) que no y 18.6% (39) no sabe.

También se presentó la masturbación como una medida, un 18.1% (38) estuvo de acuerdo, 60.5% (127) no y 21.4% (45) dijo no saber. En relación a no usar baños públicos, 40.5% (85) manifiestan que si, 57.5% (121) que no y 1.9% (4) no sabe. Ante el hecho de no usar jeringas contaminadas un 69.1% (145) estuvo de acuerdo, 27.6% (58) dijo que no y 3.3% (7) expresó no saber. **(Cuadro N° 7)**

El siguiente punto trata de la actitud ante el uso del condón, a lo cual el 42.4% (89) de las personas están de acuerdo que disminuye el placer sexual, 35.7% (75) está en duda y 21.9% (46) está en desacuerdo. Ante sí es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando, el 37.6% (79) está de acuerdo, 31.0% (65) en duda y 31.4% (66) en desacuerdo.

También un 47.1% (99) está de acuerdo en que le daría mucha vergüenza comprar un condón, 23.8% (50) está indeciso sobre esto y 29.1% (61) dice estar en desacuerdo. Otra opción es si creen que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene, con lo que el 47.1% (99) está de acuerdo, 11.0% (23) está en duda y 41.9% (88) dice no estar de acuerdo.

Ante el hecho de que debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión, el 18.1% (38) está de acuerdo, 21.4% (45) está en duda y 60.5% (127) en desacuerdo. Por otra parte un 43.4% (91) esta desacuerdo con que solo los hombres deben portar preservativos, 23.3% (49) está de acuerdo y el 33.3% (70) está dudoso. Sobre sí solo las mujeres que portan

preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales un 72.4% (152) está de acuerdo, 7.1% (15) en duda 20.5% (43) en desacuerdo. **(Cuadro N° 8)**

En materia de las actitud ante las relaciones sexuales de riesgo, 52.4% (110) está de acuerdo con evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales, 39.1% (82) está en duda y 8.5% (18) en desacuerdo. Otro aspecto fue que si piensan que una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas, a lo que el 5.2% (11) respondió estar de acuerdo, 11.4% (24) en duda y 83.4% (175) en desacuerdo. En relación a que si no tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA, un 87.1% (183) está de acuerdo, 8.6% (18) en duda y 4.3% (9) en desacuerdo.

Acercas de si practicar sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA, un 72.4% (152) expresa estar de acuerdo, 21.9% (46) está en duda y 5.7% (12) en desacuerdo. Con respecto al hecho de que entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor, un 37.1% (78) afirma estar de acuerdo, 22.4% (47) está en duda y 40.5% (85) en desacuerdo. En cuanto a que si combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero, 60.5% (127) está de acuerdo, 21.4% (45) se encuentra dudoso y 18.1% (38) está en desacuerdo. **(Cuadro N° 9)**

Sobre las actitudes ante las personas portadoras de VIH/SIDA, la primera es si rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA, a lo que 20.0% (42) está de acuerdo, 3.3% (7) en duda y 76.7% (161) en desacuerdo. La segunda fue que si lo tratarían como una persona normal a lo que el 82.9% (174) estuvo de acuerdo, 11.9% (25) en duda y 5.2% (11) en desacuerdo. Otro de los aspectos fue que si las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen, a lo que el 15.25% (32) minoritario dijo que estaba de acuerdo, 42.4% (89) en duda y 42.4% (89) en desacuerdo.

Otra aseveración fue que si fuera su pareja quien porta VIH/SIDA NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría, 5.7% (12) está de acuerdo, en duda 82.4% (173) y 11.9% (25) en desacuerdo, además de que NO pasa nada por estar en la misma aula con una

persona con VIH/SIDA, el 88.1% (185) está de acuerdo, 5.7% (12) en duda y 6.2% (13) en desacuerdo. **(Cuadro N° 10)**

Sobre el uso de drogas como práctica de riesgo la primera interrogante fue que si ha utilizado algún tipo de droga inyectada, a lo que el 97.1% (204) dijo que no y 2.9% (6) dijo que sí. **(Cuadro N° 11)**

Continuando con las prácticas de riesgo y en relación al uso de tatuajes, 37.6% (79) expresó que poseían un tatuaje y 62.4% (131) que no. **(Cuadro N° 12)**

Sobre la fidelidad y su relación con las prácticas de riesgo, 31.9% (67) expresó practicar la fidelidad y 68.1% (143) manifestaron que eran infieles. **(Cuadro N° 13)**

Por otro lado sobre las prácticas de riesgo en los Adolescentes, un 78.1% (164) no acostumbra a portar siempre un condón en tu billetera o mochila y sólo un 21.9% (46) manifestó que sí. **(Cuadro N° 14)**

En relación a los antecedentes de relaciones sexuales, el 52.9% (111) ya tuvieron relaciones y 47.1% (99) no. **(Cuadro N° 15)**

Por lo que se refiere al inicio de vida sexual activa, un 1.8% (2) inició entre los 10-11 años, 3.6% (4) entre 12-13 años, 66.7% (74) entre 14-15 años, 18.0% (20) entre los 16-17 años y 9.9% (11) entre 18-19 años. **(Cuadro N° 16)**

Sobre el uso del condón en las relaciones sexuales, un 14.4% (16) manifestó que lo usa siempre, 15.3% (17) casi siempre y la mayoría correspondiente a 70.3% (78) no lo usa nunca. **(Cuadro N° 17)**

Se indagó además sobre los antecedentes de relaciones sexuales con otra persona además de su pareja, donde el 62.2% (69) dijo que sí y 37.8% (42) que no. **(Cuadro N° 18)**

Otro punto en relación a las prácticas sexuales es el número de personas con las que han tenido relaciones, 49.6% (55) manifiesta que solo una, 41.4% (46) dos y 9.0% (10) de tres a más. **(Cuadro N° 19)**

El siguiente punto es sobre los medios masivos de información que utilizan los adolescentes para informarse acerca del tema sobre VIH/SIDA, la T.V. es para 98.6% (207), Internet para 94.3% (198), Revistas y/o Brochures para 87.1% (183), Radio para 97.6% (205) y libros para 71.9% (151). **(Cuadro N° 20)**

Con respecto a las personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA, 95.7% (201) dijo que con amigos, 91.4% (192) con su novio o novia, 81.9% (172) con médicos, 71.9% (151) con maestros, 60.5% (127) con sus hermanos, 58.1% (122) con sus mamás, 41.4% (87) con sus padres, 15.7% (33) con sacerdotes. **(Cuadro N° 21)**

Sobre los lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA, 89.5% (188) fue en la calle, 84.3% (177) en la escuela, 71.0% (149) en unidades de salud, 53.8% (113) en iglesias y 40.5% (85) en la casa. **(Cuadro N° 22)**

En relación al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, 74.3% (156) lo califica como bueno, 18.1% (38) regular y 7.6% (16) como malo. **(Cuadro N° 23)**

En lo que respecta al nivel de actitud sobre VIH/SIDA, para un 82.4% (173) es favorable, y 17.6% (37) desfavorable. **(Cuadro N° 24)**

En cuanto al nivel de práctica sobre VIH/SIDA, 10.0% (21) la evalúa como buena, 16.2% (34) como regular y 73.8% (155) como mala. **(Cuadro N° 25)**

En relación al nivel de conocimiento versus nivel de actitud, en relación al nivel de conocimiento bueno: en un 87.8% (137) tuvieron un nivel de actitud favorable, 12.2% (19) desfavorable. El nivel de conocimiento regular presentó: 68.4% (26) una actitud favorable, y

31.6% (12) desfavorable. Por último en esta relación, el nivel de conocimiento malo presentó: 62.5% (10) con actitud favorable, y 37.5% (6) desfavorable. **(Cuadro N° 26)**

Sobre el nivel de conocimiento versus nivel de práctica, se obtuvo en relación a un buen nivel de conocimiento: en el 9.6% (15), un nivel de práctica buena, en el 14.1% (22) un nivel de práctica regular y en el 76.3% (119) un nivel de práctica mala. Del mismo modo para un nivel de conocimiento regular, el nivel de práctica es bueno en un 10.5% (4), regular en el 21.1% (8) y mala para 68.4% (26). A un nivel de conocimiento malo, el nivel de prácticas fue buena en un 12.5% (2), regular en 25.0% (4) y mala para 62.5% (10). **(Cuadro N° 27)**

En cuanto a las características Socio Demográficas versus Nivel de Conocimiento se obtuvo que entre las edades de 14-16 años fue bueno en un 66.3% (65), regular para 26.5% (26) y malo para 7.2% (7);. Para las edades entre 17-19 años, el nivel de conocimiento es bueno en un 81.2% (91), regular para 10.7% (12) y malo en 8.1% (9).

En relación al sexo, en los hombres, el nivel de conocimiento es bueno para 59.8% (58), regular para 29.9% (29) y malo para 10.3% (10); en las mujeres es bueno para 86.7% (98), regular para 8.0% (9) y malo para 5.3% (6). Ahora sobre el estado civil, en los solteros el conocimiento es: bueno en 77.4% (147), regular 16.3% (31) y malo para 6.3% (12); en los acompañados, para 33.4% (2) es bueno, regular para 33.3% (2) y bueno para un 33.3% (2). Para los casados se encontró que 50.0% (7) tenía un nivel de conocimiento bueno, 35.7% (5) regular y 14.3% (2) malo.

Relacionado a la religión, en la denominación católica, para 78.2% (104) es bueno, para 15.0% (20) regular y malo para 6.8% (9). En la evangélica, el nivel de conocimiento es bueno para 69.4% (50), regular en 23.6% (17) y malo para 7.0% (5). Para otras denominaciones es bueno en 40.0% (2), regular en 20.0% (1) y malo para 40.0% (2).

En la escolaridad se encontró que en 4° año el nivel de conocimiento es bueno para 65.4% (68), regular para 25.0% (26) y malo para 9.6% (10); en 5° año es bueno para 83.0% (88), regular para 11.3% (12) y en 5.7% (6) malo. En relación a la procedencia de la zona urbana,

el conocimiento es bueno para 86.5% (134), regular en 9.0% (14) y malo para 4.5% (7). De la misma manera en la zona rural el conocimiento es bueno en 40.0% (22), regular para 43.6% (24) y malo en 16.4% (9). **(Cuadro N° 28)**

El siguiente punto es sobre las características socio-demográficas versus nivel de actitud, en las edades entre 14-16 años se encontró un nivel de actitud favorable en el 76.5% (75), y Desfavorable para 23.5% (23). Entre 17-19 años la actitud fue favorable en el 87.5% (98), y Desfavorable en un 12.5% (14).

En relación al sexo en los hombres el nivel de actitud fue favorable en el 74.2% (72), y Desfavorable en un 25.8% (25). En las mujeres el nivel de actitud fue favorable en 89.4% (101), y Desfavorable en un 10.6% (12).

Por otro lado sobre el estado civil, en los solteros se encontró que el nivel de actitud fue favorable en el 90.8% (157), y Desfavorable en un 9.2% (33); en las personas acompañadas el nivel de actitud fue favorable en el 85.7% (12), y Desfavorable en un 14.3% (2), en los casados el nivel de actitud fue favorable en el 66.7% (4), y Desfavorable en un 33.3% (2).

En la religión católica se encontró el nivel de actitud fue favorable en el 88.7% (118) y Desfavorable en un 11.3% (15); en la evangélica, el nivel de actitud fue favorable en el 72.2% (52) y Desfavorable en un 27.8% (20). Al revisar otras religiones se encontró que el nivel de actitud fue favorable en el 60.0% (3), y Desfavorable en un 40.0% (2).

En relación a la escolaridad, en 4° año, el nivel de actitud fue favorable en el 68.3% (71), y Desfavorable en un 31.7% (33); en 5° año, el nivel de actitud fue favorable en el 96.2% (102), y Desfavorable en un 3.8% (4). Con respecto a la procedencia, en la zona urbana el nivel de actitud fue favorable en el 88.4% (137) y Desfavorable en un 11.6% (18), en la procedencia rural, el nivel de actitud fue favorable en el 65.5% (36) y Desfavorable en un 34.5% (19). **(Cuadro N° 29)**

Sobre las características socio-demográficas versus nivel de práctica, en materia de edad se encontró que para los adolescentes entre los 14-16 años, el nivel de práctica es buena en 8.2%

(8), regular para 12.2% (12) y mala en 79.6% (78). Entre las edades de 17-19 años se encontró un nivel de prácticas buena para 11.6% (13), regular para 19.6% (22) y mala en 68.8% (77). En relación al sexo, se halló que para los hombres en un 10.3% (10) el nivel de práctica es buena, regular para 13.4% (13) y mala para 76.3% (74). En las mujeres de manera similar, el nivel de práctica fue buena en el 9.7% (11), 18.6% (21) tuvieron un nivel de práctica regular y el 71.7% (81) tuvieron una mala práctica.

Sobre el estado civil, en los solteros es el nivel de práctica fue buena en un 6.8% (13), tuvieron una práctica regular en 14.7% (28) y una mala práctica en un 78.5% (149). En los que están acompañados la práctica fue buena en el 16.7% (1), tuvieron una práctica regular en el 33.3% (2) y tuvieron una mala práctica en el 50.0% (3). Para los casados se encontró que tuvieron un nivel de práctica buena en el 50.0% (7), presentaron un nivel de práctica regular en el 28.6% (4) y una mala práctica en el 21.4% (3).

Además sobre la religión, los católicos tienen: un nivel de práctica bueno en el 6.8% (9), regular en el 8.3% (11) y una mala práctica en el 84.9% (113); para los evangélicos se determinó, que el nivel de práctica fue buena en el 15.3% (11), el nivel de práctica fue regular en el 30.6% (22) y tuvieron una práctica mala en el 54.1% (39). En otras religiones se encontró que la práctica fue buena en el 20.0% (1), tuvieron una práctica regular en el 20.0% (1) y una mala práctica en el 60.0% (3).

Sobre la escolaridad, en 4° año el nivel de prácticas era bueno para 13.5% (14), regular para 24.0% (25) y mala para 62.5% (65) y en 5° año, es bueno en el 6.6% (7), regular para 8.5% (9) y mala para 84.9% (90). También en relación a la procedencia, de la zona urbana se encontró que 11.0% (17) de las personas tenía un nivel de prácticas buena, 17.4% (27) regular y 71.6% (111) un mal nivel de prácticas. En la zona rural, fue bueno en el 7.3% (4), tuvieron una práctica regular en el 12.7% (7) y una práctica mala en el 80.0% (44).

(Cuadro N° 30)

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se realizó el análisis de los resultados obtenidos en el estudio sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote Departamento de León, sobre VIH/SIDA en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017.

Al analizar la mayor frecuencia por grupo de edad, la distribución de los adolescentes prevaleció entre las edades de 17 a 19 años con el 53.3% del total de la muestra. La Encuesta Nacional de Salud (INIDE-ENDESA 2011/12), indica que de acuerdo a datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Nicaragua, el comportamiento de la Epidemia del VIH/SIDA en el país, el 89% son adultos y 11% son adolescentes, niños y niñas.

Aunque la epidemia está afectando principalmente a jóvenes entre 17 y 19 años (53.1%), la epidemia se está desplazando rápidamente hacia los adolescentes, de menor edad.

En el presente estudio prevaleció el sexo femenino. La evaluación de diferentes estudios en el país, con evaluación de grupos de adolescentes, ha revelado un comportamiento similar, marcando en algunas regiones de Nicaragua una tendencia, debemos recordar que la población femenina del país ha mantenido una constante prevalencia en relación a la población general.

La mayoría fueron de los Adolescentes estaban solteros. La literatura consultada remarcan que la población nicaragüense es meramente joven, y en su mayoría mantienen un status de soltería, ya que las condiciones sociales y biológicas del desarrollo durante la Adolescencia no crea las condiciones para asumir responsabilidades de pareja.

Los Adolescentes que profesan la religión católica prevalecieron en el grupo de estudio, seguidos por los de la religión Evangélica. Los factores socio culturales durante la etapa de la Adolescencia influyen dentro del desarrollo de la personalidad de los jóvenes, creando

condiciones de choque entre los valores sociales y familiares y los sentimientos que se van desarrollando dentro de sí mismos. Esta situación promueve dentro de los jóvenes crisis que culminan en decisiones mal tomadas y/o el desarrollo de hábitos negativos para su propio desarrollo como lo son el consumo de drogas y alcoholismo, creyendo de esa manera que dominan a la sociedad.

Estudios en América Latina también aportan el hecho que muchas Adolescentes desde niñas son condicionadas para desarrollarse alrededor de la temática religiosa, tratando de que obtengan condiciones de vida de mejor calidad y tratando de prevenir los círculos de violencia intrafamiliar a los cuales ellas se han expuesto desde sus etapas tempranas.

En referente a la escolaridad 49.5% de los adolescentes cursaban el cuarto año de secundaria y el 50.5% se encontraba en el quinto año de secundaria. Un factor importante es el hecho que, en los últimos años ha existido un proceso de masificación de la gratuidad a la educación, creando también paralelamente un ambiente propicio para desarrollar nuevos tipos de relaciones entre los jóvenes, los cuales sin una orientación oportuna y objetiva, desarrollan grupos de riesgo que condicionaran de manera positiva el aumento en la prevalencia de VIH en los jóvenes del país, por lo que es prioritario fomentar la prevención primaria a través de múltiples iniciativas como la promoción y educación en salud.

En este orden de ideas, es pertinente estudiar los estudios de tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), indicando sus características más relevantes, con el fin de propiciar respuestas más acordes a realidades locales, siempre que se apliquen mediciones válidas, fiables y reproducibles.

El nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre el tema VIH/SIDA, fue muy importante que en general la mayoría tenían un conocimiento bueno, correspondiendo a una mayor masividad de la información, un mejor desarrollo con respecto a los procesos de capacitación dentro y fuera de las aulas de clases dirigido a los adolescentes, y sobre todo que las organizaciones del estado hayan venido coincidiendo en el desarrollo de programas

y actividades en conjunto que demuestran una dirección oportuna y real acerca de la problemática del tema del VIH SIDA en los Adolescentes Nicaragüenses.

Estos pasos son la base para luego incidir sobre el comportamiento de prácticas de riesgo, dándoles a los Adolescentes condiciones para la toma de decisiones responsables y manteniendo medidas preventivas en todo momento.

Estos resultados están asociados al hecho de que la dirección del colegio y los propios adolescentes afirmaron haber recibido bastantes tipos de información referente al tema en forma de taller y charlas por parte del personal del colegio, ONG y MINSa, conformando grupos de adolescentes bien capacitados encargados de dar charlas a otros de su mismo colegio.

En los últimos años ha habido un aumento en el suministro de información en relación a una sexualidad sana, dirigida hacia los jóvenes e impulsada por el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Organizaciones No Gubernamentales.

El hecho de que el componente familiar se ha mantenido hasta este momento, dentro de un rol un poco más distanciado condicionado sobre todo por los mitos, tabúes y prejuicios que dominan la cultura nicaragüense, de alguna manera tiene un factor importante en el establecimiento de las bases para una salud sexual y reproductiva dirigida y fortalecida hacia el buen desarrollo del conocimiento del tema en los adolescentes.

La mayoría de los adolescentes tuvieron una actitud favorable, datos revisados en estudios científicos en el país reflejaron comportamientos similares, estableciéndose una relación directa con el nivel de los conocimientos obtenidos por parte de los adolescentes a través de los diferentes medios de información a los cuales tienen acceso.

En el estudio, en relación al nivel de práctica predominó una práctica mala. Probablemente este fenómeno se encuentra debido al vacío que todavía existe en relación a una participación más activa de la familia con los adolescentes, y la falta de una buena coordinación con los

otros agentes que participan en la formación de los adolescentes desde etapas tempranas del desarrollo como lo son los maestros, religiosos, tutores culturales grupos de amigos etc.

En cuanto a inicio de vida sexual activa un 52.9% de los adolescentes ya han iniciado una vida sexual, de los cuales la edad de inicio de las relaciones sexuales más frecuente que se encontró fue entre 14 y 15 años, además un pequeño grupo de adolescentes (5.4%) iniciaron relaciones sexuales antes de los 14 años, esto parece deberse en gran parte a la falta de comunicación entre padres e hijos, y por tanto un factor predisponente a embarazos adolescentes y a ITS. Sin embargo un grupo muy significativo (47.1%), aun no inician a tener relaciones sexuales de tal manera que un grupo importante de los adolescentes en estudio conocen la importancia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales.

De los adolescentes que reflejaron haber iniciado vida sexual, solo el 14.4% manifestó utilizar siempre el condón al momento de llevar a cabo una relación sexual, poniendo de manifiesto que los adolescentes a pesar de tener un buen conocimiento y una buena actitud, poseen mala práctica, la sociedad nicaragüense está condicionada por un sentimiento machista bastante profundizado en la sociedad, con afectación directa hacia los jóvenes, donde el rol masculino está condicionado con un sentimiento de invulnerabilidad, creyendo que tiene el control de todo.

Un grupo de adolescentes refirió sostener relaciones sexuales con más de 3 personas (9.0%), de forma simultánea, esta condición sumada al hecho de no tomar ninguna prevención en el momento de las relaciones sexuales, condiciona una realidad difícil ya que los adolescentes están viviendo su sexualidad sin protección alguna, exponiéndose cada vez más al VIH/SIDA, lo que está relacionado con informes suministrados por ONUSIDA, sobre el comportamiento de la epidemia, que indica que un mayor número de casos positivos, (PVVS), se está presentando sobre todo en adolescentes, razón por la cual se han dirigido programas por esta causa, ejemplo de ellos es el programa cuenta cero.

En relación con las fuentes de información en Salud Sexual y Reproductiva las más frecuentes fueron la TV y el Internet, ya que los jóvenes bajo el presente estudio realizan extensas jornadas de consulta en diferentes sitios web y se ha indicado que una de las principales distracciones de ellos es ver la televisión y navegar en el internet.

La principal persona con la que hablan los Adolescentes sobre temática de VIH/SIDA es con los amigos; a lo que surge la gran interrogante, ¿Qué pueden hablar dos jóvenes inexperimentados y con falta de conocimientos? Pues es una realidad que hay que aceptar y tratar de modificar con el objetivo de fortalecer conceptos y valores, para una mejor proyección del manejo de la información sobre vih sida en los jóvenes.

Se pudo evaluar en los resultados la poca participación de los padres y madres de familia, siendo un factor contribuyente a la expansión de la epidemia, muchas veces esto puede deberse a que son hijos de madres solteras, cabezas de familia donde no queda tiempo para conversar, o madres y padres que recibieron la misma educación y no corrigen ese error y mantienen distancia con sus hijos, otra razón puede deberse a la desunión del núcleo familiar, a un número grande de hermanos donde no alcanza el tiempo para que todos sean atendidos y los padres dan preferencia a los más pequeños. Sin embargo ninguna de estas resulta justificación suficiente para la marcada distancia y falta de comunicación que existe entre los padres e hijos.

Un dato importante es el hecho que el 81.9% de las personas que han servido como fuentes de información a los adolescentes del presente estudio han sido los médicos, lo que resulta en un futuro lleno de optimismo donde la información obtenida por los jóvenes mantenga en todo momento una calidad y objetividad permanente.

Una estrategia que ha tenido impacto en los jóvenes es que actualmente las políticas y planes de Salud Sexual y Reproductiva han buscado incorporar estas temáticas en los contenidos curriculares del Ministerio de Educación del país, creando además un apoyo interinstitucional con los otros entes estatales a manera que todos se comprometan en que la información

obtenida de primera mano de parte de los Adolescentes contenga veracidad y objetividad, desarrollando en el grupo inclusive la iniciativa de consultar con sus profesores y más aún el fenómeno de impulsar actividades que promuevan una mayor participación de sus pares.

Las relaciones establecidas entre la calidad del conocimiento y las actitudes de los jóvenes tuvieron una relación directa, ya que se pudo determinar que a mayor nivel del conocimiento la actitud demostrada por los adolescentes fue predominantemente favorable.

Y que de igual manera la calidad del conocimiento influye directamente en las prácticas de riesgo, ejercidas por los mismos adolescentes, durante las relaciones con sus parejas y en general dentro del grupo de todos sus compañeros.

Esto motivará a los jóvenes nicaragüenses, al hecho de asumir los retos y controlar las prácticas de riesgo en el grupo de adolescentes, tomando en cuenta medidas de prevención y la responsabilidad que esto demanda frente a la sexualidad.

Analizando los factores sociodemográficos vs. El nivel de conocimiento, en relación a la edad se reconoció que el grupo de mayoría de edad tenía una mejor calidad del conocimiento, además de encontrarse en años superiores desde el punto de vista del nivel de escolaridad, y en relación al sexo, fueron las del sexo femenino que prevalecieron en un 86.7% de buen conocimiento.

Esto indica que conforme el adolescente va desarrollándose, los conceptos y valores en relación a su salud sexual y reproductiva, van cambiando de manera positiva, lo que tiene que tomarse en cuenta al momento de las capacitaciones, para influir de manera directa desde etapas más tempranas. Y por otro lado diversos estudios en América Latina han demostrado que las mujeres asumen posiciones de mayor responsabilidad, basado en que adquieren un mejor conocimiento a edades más tempranas en relación a los varones. Además desde el punto de vista psicológico, en donde se indica que la mujer madura en etapas más tempranas que el varón.

Evaluando el componente religioso de manera general en su mayoría tenían un buen conocimiento, dominando la religión católica y luego la evangélica, aquí sería indicar el rol muy importante que tienen los dirigentes religiosos por el hecho de ser consecuentes con un proceso de educación sexual objetivo y real donde los valores de las iglesias apoyen y motiven estas capacitaciones desarrolladas hacia los jóvenes.

El componente de las actitudes se marcaba por el hecho de que los adolescentes de mayor edad y del sexo femenino tuvieron una mejor actitud, y que la religión católica es la que desarrolló una mejor actitud hacia la temática del VIH/SIDA.

En el momento de evaluar las prácticas de riesgo de los Adolescentes, prevaleció en general una mala práctica, dominando las edades ubicadas entre los 14 a 16 años y del sexo femenino.

Las limitaciones del proceso de educación sexual en los más jóvenes, provoca serios problemas, más aunado a su poca experiencia hace que los adolescentes desarrollen una idea errónea de las actividades que lo hacen exponerse a un mayor riesgo al vih sida.

Por el contrario la prevalencia de las mujeres podría indicar su sometimiento y condicionamiento a las prácticas de presión del machismo y chantaje que son objetos por parte de sus parejas sexuales para poder conquistarlas y desarrollar vida sexual activa, exponiéndolas de forma indirecta a círculos de varias parejas que potencializan su riesgo al momento de desarrollar complicaciones como lo son embarazos no deseados, y procesos infecciosos de transmisión sexual.

Evaluando el grupo de adolescentes del presente estudio, se demostró que la adquisición de una mejor calidad de conocimientos, desarrollaron una mejor actitud en el grupo de estudio, pero aun teniendo buenos conocimientos y actitudes positivas hacia la temática del vih sida, de forma general se demostró que las practicas que realizan los adolescentes son con una calidad de ser catalogadas como mala práctica.

CONCLUSIONES

1. Predominaron los Adolescentes de 17-19 años, del sexo femenino, con escolaridad en su mayoría de 5° año de secundaria, solteros, y de religión Católica.
2. El conocimiento en general fue bueno, teniendo mayor porcentaje aquella que se relacionaban a la forma de transmisión.
3. La actitud fue favorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en la no discriminación a las personas con VIH/SIDA.
4. La práctica fue mala, encontrando que a pesar de que en su mayoría cuenta con información al menos básica del VIH, no utilizan las medidas preventivas.
5. La principal fuente de información respecto al VIH/SIDA fue la televisión y la radio, seguida del internet, los amigos y la escuela tuvieron una participación importante.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

Fortalecer estrategias con el Ministerio de Educación y otras organizaciones que fortalezcan la difusión del continuo conocimiento sobre el tema del VIH/SIDA con mayor énfasis a la población de jóvenes, con información coherente sobre todo en los grados correspondientes a las primeras etapas de la Adolescencia.

Establecer lugares donde los jóvenes puedan informarse sobre la temática de VIH/SIDA, durante todo el año, teniendo acceso a una información objetiva, dándoles charlas educativas, teniendo acceso a la realización de la prueba del VIH/SIDA.

A los Sistemas Locales de Salud: (SILAIS)

Respaldar estudios que refuercen el Conocimiento sobre el tema de VIH/SIDA, en el personal de salud, los con la finalidad de implementar programas de prevención, educación y salud sexual y reproductiva, tomando a la población Adolescente como una prioridad del sistema de salud pública de Nicaragua.

A las Redes Comunitarias:

Fortalecer estrategias para que se brinde información referente al VIH/SIDA, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, ONG que manejan el tema de VIH-SIDA, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer la prevención de la epidemia.

A los medios de Comunicación:

Fomentar programas dirigidos a aumentar el conocimiento y la buena conducción de todos los aspectos relacionados con el VIH/SIDA y que motiven a la población a buscar información referente al tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social El Salvador . (1999).
- Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condon en adolescente. (2003).
- Programas Nacionales contra el SIDA . (2005).
- Manual para jovenes VIH SIDA derechos humanos y genero . (2007).
- Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. (2008).
- ONUSIDA . (2008).
- Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena Colombia . (2011).
- MINSA. (2011).
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA . (2012).
- Estrategia Nacional de Comunicacion para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015. (2015).
- ONUSIDA Datos de VIH SIDA . (2015).
- Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020. (2015).
- Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021. (2015).
- Anderson. (2007). El Diccionario de Medicina Mosby . 30.
- ANTOLOGÍA DEL VIH SIDA. MINED NICARAGUA. EDUCACION PARA PREVENCIÓN DE VIH . (s.f.).
- Barrantes- Brais et al. (2015).
- Barrantes-Brais et al. (2015).

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Barrantes-Brais, Ureña, & Gutiérrez. (2015).

Cardona Arias, J. A. Hernández, J.C. Suárez, G.R. Zapata, W. (2015). Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/ SIDA en estudiantes de educación media de Medellín.

Chávez & Álvarez . (2012).

Erika Ríos, Laia Ferrer, Jordi Casabona, Joan Cayla, Angels AVECILLA, Jordi Gómez iPrat, Jesús Edison, Olga Pérez, Susana Garcí, Pere Toran, Marta Ruiz, Teresa Gros. (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebies en Cataluña.

Gatell, Miró y Pumarola. (2012).

[http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-
causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html](http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html). (s.f.).

K. Opong et al. (2014).

K. Opong, Menash, & Nyamekye. (2014).

Norma 118 Manual de consejería para el abordaje del VIH . (Managua Agosto 2013).

Martínez, Cuevas, Apodaca. (2005).

Ndabarora & Mchunu. (2014).

Needlman. (2004).

OMS . (Noviembre 2015). *Datos y Cifras* .

OMS. (2013).

ONUSIDA. (2008). Obtenido de http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_20

ONUSIDA. (2011).

Quinn. (2009).

Zolopa y Katz. (2007).

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

ANEXOS

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Tome su debido tiempo para contestar este cuestionario según su criterio personal. La información obtenida se mantendrá en estricta confidencialidad. En caso de presentar dudas solicite aclaración a quien aplica el cuestionario.

I- DATOS GENERALES.

- 1.- Edad en años: a) 14 a 16 años ____ b) 17 a 19 años ____
- 2.- Sexo: a) Masculino: ____ b) Femenino ____
- 3- Estado Civil: a) Soltero (a) ____ b) Acompañado (a) ____ c) Casado(a) ____
- 4- Religión: a) Católica ____ b) Evangélica ____ c) Testigo de Jehová ____
- 5- Nivel de Escolaridad: a) 4° año ____ b) 5° año ____
- 6- Procedencia: Urbana ____ Rural ____

II – CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA.

A. CONOCIMIENTOS GENERALES.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida			
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana			
3) EL VIH/sida se cura en la mayoría de los casos			
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja			
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA.			
6) El VIH/sida es un problema de salud importante en Nicaragua			
7) El VIH/SIDA tiene cura			
8) El VIH /SIDA en una enfermedad de transmisión sexual			
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades			
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas			
11) El sida es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen			
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto			

B. FORMAS DE TRANSMISION:

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) Es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada.			
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.			
3) Se puede contagiarse de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.			
4) Se transmite por mala higiene personal.			
5) No uso de preservativo durante la relación sexual.			
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.			
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebé durante el parto y durante el período de lactancia materna			
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales			
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lágrimas			
10) Se puede adquirir si alguien se sienta en la taza de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA			

C. DIAGNOSTICO.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) ¿Por lo que usted observa?			
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido.			
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo.			
4) Por el resultado de laboratorio.			

D. TRATAMIENTO.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) Usted mismo se daría tratamiento			
2) Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares			
3) Acudiría a un curandero			
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico			

E. SIGNOS Y SINTOMAS

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) Fiebre			
2) Picazón en la región genital			
3) Pérdida de peso			
4) Diarrea			
5) Vómitos			
6) Dolor de Cabeza			
7) Escalofríos			
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)			
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas			
10) úlceras o granos cerca de tus partes			
11) Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle			

F. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) No teniendo relaciones sexuales.			
2) Teniendo una sola pareja.			
3) No usar drogas por las venas.			
4) Reducir el número de parejas sexuales.			
5) Usando condón.			
6) Practicando sexo oral.			
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja.			
8) Masturbándose.			
9) No usando baños públicos.			
10) No usar jeringas contaminadas.			

III. ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA

A: De acuerdo D: En duda DS: En desacuerdo

A. ANTE EL USO DEL CONDON.

PROPOSICIONES	A	D	DS
1) El preservativo disminuye el placer sexual			
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando			
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón			
4) Crees que el condón o preservativo hace que el hombre pierda la erección del pene			
5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión			
6) Solo los hombres deben portar preservativos			
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales			

B. ANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO.

PREGUNTAS	A	D	DS
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales			
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.			
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.			
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.			
5) Entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor			
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero.			

C. ANTE LAS PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA.

PREGUNTAS	A	D	DS
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA			
2) Lo trataría como una persona normal			
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen			
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con el o ella pero lo besaría			
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA			

IV-PRACTICAS EN RELACION AL VIH/SIDA

PRACTICAS DE RIESGO

	SI	NO
1. ¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?		
2. ¿Tienes tatuajes?		
3 ¿Practicar la fidelidad?		
4. ¿Acostumbras a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?		

PRACTICAS SEXUALES

5. ¿Has tenido relaciones sexuales?

SI _____ NO _____

6. ¿Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales?

10-11 años _____ 12-13 años _____ 14-15 años _____ 16-17 años _____ 18-19 años _____

7. ¿En tus relaciones sexuales utilizas condón?

Siempre _____ Casi Siempre _____ Nunca _____

8. ¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?

SI _____ NO _____

9. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

1 _____ 2 _____ 3 a más _____

V-FUENTE DE INFORMACION SOBRE VIH

A -MEDIOS MASIVOS DE INFORMACIÓN SOBRE VIH SIDA/SIDA.

FUENTES DE INFORMACION	MARQUE CON UNA X
Libros	
Revistas	
Radio	
T.V.	
Internet	

B- PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE VIH/SIDA.

PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE VIH/SIDA	MARQUE CON UNA X
Madre	
Padre	
Hermanos	

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Novio (a)	
Esposo (a)	
Amigos	
Médicos	
Maestros	
Sacerdotes	
Pastores	

C- LUGAR DONDE HAN ESCUCHADO HABLAR DE VIH/SIDA.

Calle	
Casa	
Escuela	
Iglesias	
Bares	
Unidades de salud	

Observación:

CUADRO N° 1

Características Socio Demográficas sobre el VIH/SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Características	Numero	%
Sociodemográficas		
Edad		
14 – 16 años	98	46.7
17 – 19 años	112	53.3
Sexo		
Masculino	97	46.2
Femenino	113	53.8
Estado Civil		
Soltero (a)	190	90.5
Casado (a)	6	2.9
Acompañado (a)	14	6.6
Religión		
Católica	133	63.3
Evangélica	72	34.3
Otras	5	2.4
Escolaridad		
4° año	104	49.5
5° año	106	50.5
Procedencia		
Urbano	155	73.8
Rural	55	26.2

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 2

Conocimientos generales sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	194	92.4	9	4.3	7	3.3
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana	191	91.0	8	3.8	11	5.2
3) EL VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos	17	8.1	183	87.1	10	4.8
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja	191	91.0	10	4.8	9	4.2
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA	164	78.1	33	15.7	13	6.2
6) El VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua	181	86.2	21	10.0	8	3.8
7) El VIH/SIDA tiene cura	24	11.4	168	80.0	18	8.6
8) El VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual	198	94.3	8	3.8	4	1.9
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades	81	38.6	14	6.7	115	54.7
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas	162	77.1	23	11.0	25	11.9
11) El SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen	195	92.9	12	5.7	3	1.4
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto	142	67.6	40	19.1	28	13.3

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 3

Conocimientos sobre formas de transmisión del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Cómo se transmite el VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada	184	87.6	14	6.7	12	5.7
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.	194	92.4	9	4.3	7	3.3
3) Se puede contagiar de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.	191	91.0	12	5.7	7	3.3
4) Se transmite por mala higiene personal	99	47.1	69	32.9	42	20.0
5) No uso de preservativos en una relación sexual	153	72.9	29	13.8	28	13.3
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.	161	76.7	24	11.4	25	11.9
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el período de lactancia materna	181	86.2	22	10.5	7	3.3
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales	17	8.1	171	81.4	22	10.5
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lagrimas	22	10.5	173	82.4	15	7.1
10) Se puede adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA	44	21.0	120	57.1	46	21.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 4

Conocimientos sobre el Diagnóstico del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Diagnóstico del VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Se hace por lo que la persona siente o manifiesta	82	39.1	109	51.9	19	9.0
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido	47	22.4	155	73.8	8	3.8
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo	171	81.4	16	7.6	23	11.0
4) Por el resultado de laboratorio	176	83.8	14	6.7	20	9.5

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre el tratamiento del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Tratamiento	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Usted mismo se daría tratamiento	64	30.5	108	51.4	38	18.1
2) Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares	40	19.1	114	54.3	56	26.6
3) Acudiría a un curandero	33	15.7	144	68.6	33	15.7
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico	202	96.2	4	1.9	4	1.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 6

Conocimientos sobre signos y síntomas del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Signos y Síntomas	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1)Fiebre	127	60.5	45	21.4	38	18.1
2)Picazón en la región genital	170	81.0	14	6.7	26	12.3
3) Pérdida de peso	163	77.6	40	19.1	7	3.3
4) Diarrea	138	65.7	45	21.4	27	12.9
5) Vómitos	110	52.4	50	23.8	50	23.8
6) Dolor de Cabeza	138	65.7	19	9.1	53	25.2
7) Escalofríos	100	47.6	31	14.8	79	37.6
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)	154	73.3	4	1.9	52	24.8
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas	137	65.2	68	32.4	5	2.4
10) úlceras o granos cerca de tus partes	90	42.9	49	23.3	71	33.8
11)Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle	72	34.3	40	19.1	98	46.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Conocimientos sobre medidas de prevención del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Medidas para prevenir la Infección de VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) No teniendo relaciones sexuales	122	58.1	54	25.7	34	16.2
2)Teniendo una sola pareja	151	71.9	31	14.8	28	13.3
3) No usar drogas por las venas	124	59.1	75	35.7	11	5.2
4) Reducir el número de parejas sexuales	163	77.6	31	14.8	16	7.6
5) Usando condón	179	85.2	8	3.8	23	11.0
6) Practicando sexo oral	41	19.5	139	66.2	30	14.3
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja	114	54.3	57	27.1	39	18.6
8) Masturbándose	38	18.1	127	60.5	45	21.4
9) No usando baños públicos	85	40.5	121	57.6	4	1.9
10) No usar jeringas contaminadas	145	69.1	58	27.6	7	3.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Actitud ante el uso del condón en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Actitud ante el uso del condón	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El preservativo disminuye el placer sexual	89	42.4	75	35.7	46	21.9
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando	79	37.6	65	31.0	66	31.4
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón	99	47.1	50	23.8	61	29.1
4) Crees que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene	99	47.1	23	11.0	88	41.9
5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión	38	18.1	45	21.4	127	60.5
6) Solo los hombres deben portar preservativos	49	23.3	70	33.3	91	43.4
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales	152	72.4	15	7.1	43	20.5

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

I: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 9

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales	110	52.4	82	39.1	18	8.5
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.	11	5.2	24	11.4	175	83.4
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.	183	87.1	18	8.6	9	4.3
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.	152	72.4	46	21.9	12	5.7
5) Entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor	78	37.1	47	22.4	85	40.5
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero	127	60.5	45	21.4	38	18.1

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

I: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 10

Actitud ante las personas portadoras de sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA	42	20.0	7	3.3	161	76.7
2) Lo trataría como una persona normal	174	82.9	25	11.9	11	5.2
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen	32	15.2	89	42.4	89	42.4
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría	12	5.7	173	82.4	25	11.9
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA	185	88.1	12	5.7	13	6.2

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

I: En duda.

DS: En desacuerdo

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

CUADRO N° 11

Uso de Drogas en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	6	2.9	204	97.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12

Uso de Tatuajes en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Tienes tatuajes?	79	37.6	131	62.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 13

Prácticas de Fidelidad en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Practicas la fidelidad?	67	31.9	143	68.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 14

Prácticas de riesgo en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Acostumbras a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?	46	21.9	164	78.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 15

Antecedentes de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

¿Has tenido relaciones sexuales?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	111	52.9	99	47.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 16

Edad de Inicio de Vida Sexual Activa en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 111

Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales	10-11 años		12-13 años		14-15 años		16-17 años		18-19 años	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	2	1.8	4	3.6	74	66.7	20	18.0	11	9.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 111

Uso del condón en las relaciones sexuales	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
	16	14.4	17	15.3	78	70.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18

Antecedentes de relaciones sexuales con otra persona además de su pareja en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 111

¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	69	62.2	42	37.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 19

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 111

¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	Una		Dos		Tres a mas	
	N°	%	N°	%	N°	%
	55	49.6	46	41.4	10	9.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 20

Medios masivos de información sobre VIH/SIDA que utilizan los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Fuentes de información (*)	N°	%
T.V.	207	98.6
Internet	198	94.3
Revistas y/o Brochures	183	87.1
Radio	205	97.6
Libros	151	71.9

Fuente: Encuesta. (*) Algunos adolescentes indicaron más de un opción.

CUADRO N° 21

Personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Personas con quien has hablado de VIH/SIDA(*)	N°	%
Amigos	201	95.7
Novio (a)	192	91.4
Médicos	172	81.9
Maestros	151	71.9
Hermanos	127	60.5
Madre	122	58.1
Padre	87	41.4
Sacerdotes	33	15.7

Fuente: Encuesta. (*) Algunos adolescentes indicaron más de un opción.

CUADRO N° 22

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA(*)	N°	%
Calle	188	89.5
Escuela	177	84.3
Unidades de salud	149	71.0
Iglesias	113	53.8
Casa	85	40.5

Fuente: Encuesta. (*) Algunos adolescentes indicaron más de un opción.

CUADRO N° 23

Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	156	74.3
Regular	38	18.1
Malo	16	7.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 24

Nivel de actitud sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	173	82.4
Desfavorable	37	17.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 25

Nivel de práctica sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	21	10.0
Regular	34	16.2
Mala	155	73.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 26

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Nivel de Conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	N°	%	N°	%
Bueno	137	87.8	19	12.2
Regular	26	68.4	12	31.6
Malo	10	62.5	6	37.5

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 27

Nivel de conocimiento versus nivel de práctica en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Nivel de Conocimiento	Nivel de Práctica					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	15	9.6	22	14.1	119	76.3
Regular	4	10.5	8	21.1	26	68.4
Malo	2	12.5	4	25	10	62.5

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 28

Características Socio Demográficas versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Características Sociodemográficas	NIVEL DE CONOCIMIENTO					
	BUENO		REGULAR		MALO	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
14-16 años	65	66.3	26	26.5	7	7.2
17-19 años	91	81.2	12	10.7	9	8.1
Sexo						
Masculino	58	59.8	29	29.9	10	10.3
Femenino	98	86.7	9	8.0	6	5.3
Estado civil						
Soltero (a)	147	77.4	31	16.3	12	6.3
Acompañado (a)	2	33.4	2	33.3	2	33.3
Casado (a)	7	50.0	5	35.7	2	14.3
Religión						
Católica	104	78.2	20	15.0	9	6.8
Evangélica	50	69.4	17	23.6	5	7.0
Otras	2	40.0	1	20.0	2	40.0
Escolaridad						
4° año	68	65.4	26	25.0	10	9.6
5° año	88	83.0	12	11.3	6	5.7
Procedencia						
Urbano	134	86.5	14	9.0	7	4.5
Rural	22	40.0	24	43.6	9	16.4

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 29

Características Socio Demográficas versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

Características Sociodemográficas	NIVEL DE ACTITUD			
	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
Edad	N°	%	N°	%
14-16 años	75	76.5	23	23.5
17-19 años	98	87.5	14	12.5
Sexo				
Masculino	72	74.2	25	25.8
Femenino	101	89.4	12	10.6
Estado civil				
Soltero (a)	157	90.8	33	9.2
Casado (a)	4	66.7	2	33.3
Acompañado (a)	12	85.7	2	14.3
Religión				
Católica	118	88.7	15	11.3
Evangélica	52	72.2	20	27.8
Otras	3	60.0	2	40.0
Escolaridad				
4° año	71	68.3	33	31.7
5° año	102	96.2	4	3.8
Procedencia				
Urbano	137	88.4	18	11.6
Rural	36	65.5	19	34.5

Fuente: Encuesta

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

CUADRO N° 30

Características Socio Demográficas versus nivel de Práctica en los Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

n= 210

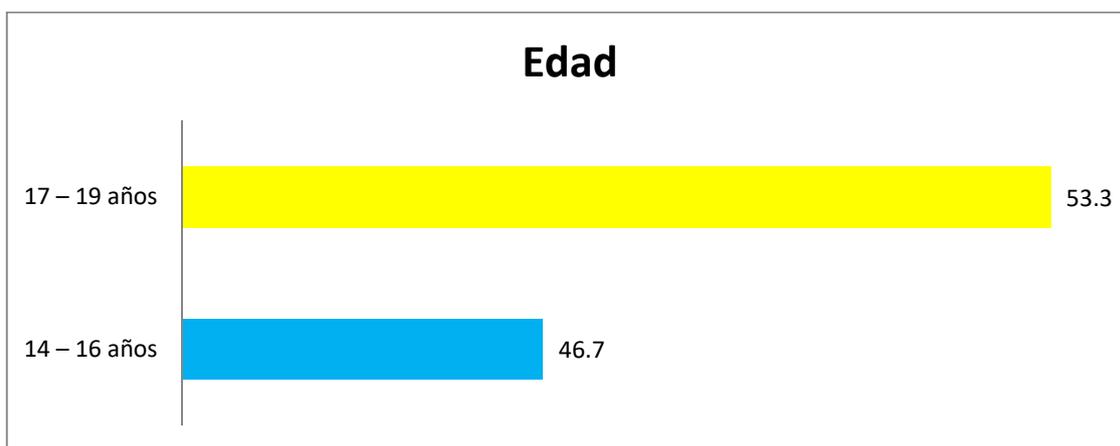
Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
14-16 años	8	8.2	12	12.2	78	79.6
17-19 años	13	11.6	22	19.6	77	68.8
Sexo						
Masculino	10	10.3	13	13.4	74	76.3
Femenino	11	9.7	21	18.6	81	71.7
Estado civil						
Soltero (a)	13	6.8	28	14.7	149	78.5
Acompañado (a)	1	16.7	2	33.3	3	50.0
Casado (a)	7	50.0	4	28.6	3	21.4
Religión						
Católica	9	6.8	11	8.3	113	84.9
Evangélica	11	15.3	22	30.6	39	54.1
Otras	1	20.0	1	20.0	3	60.0
Escolaridad						
4° año	14	13.5	25	24.0	65	62.5
5° año	7	6.6	9	8.5	90	84.9
Procedencia						
Urbano	17	11.0	27	17.4	111	71.6
Rural	4	7.3	7	12.7	44	80.0

Fuente: Encuesta

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Gráfico N° 1

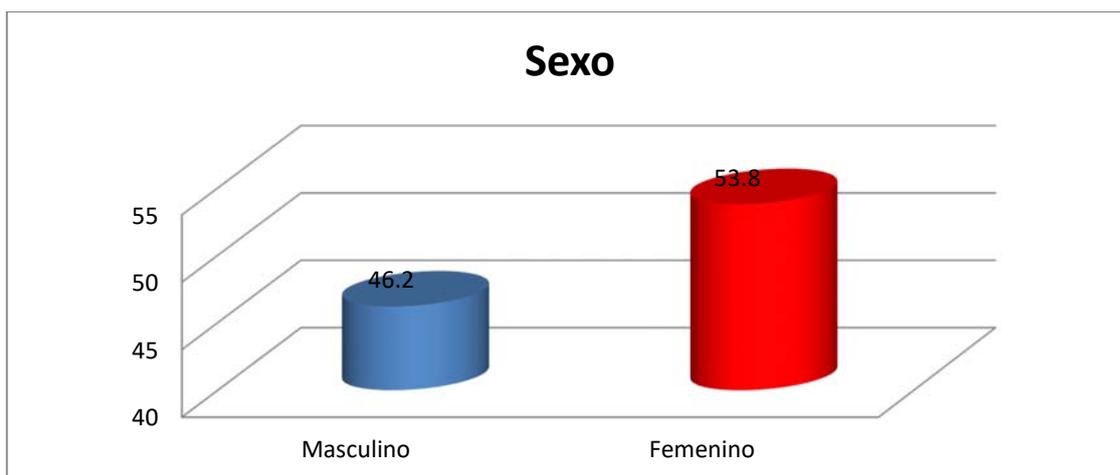
Edad de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 2

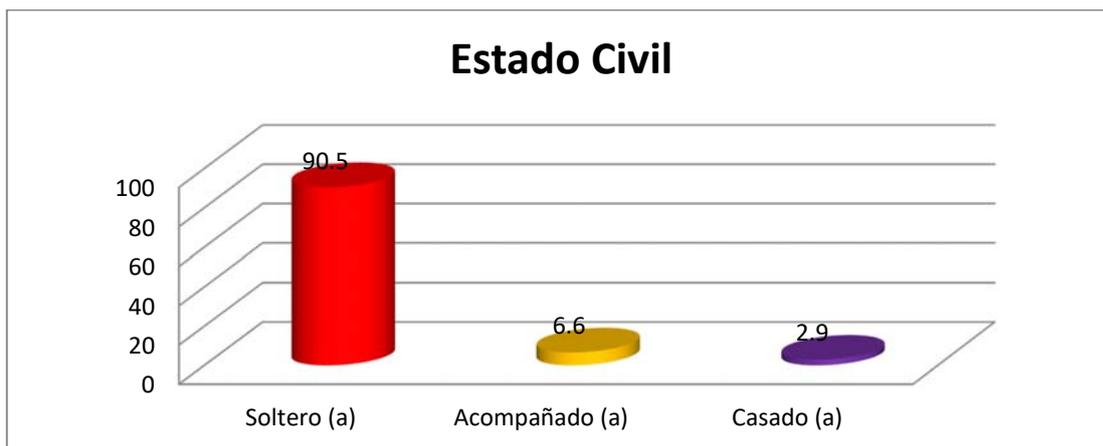
Sexo de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 3

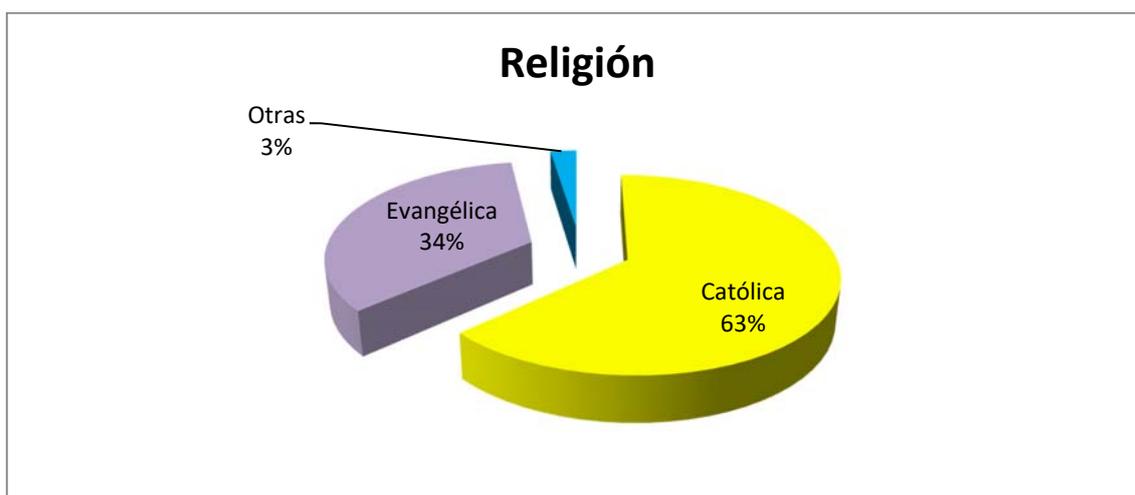
Estado Civil de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 4

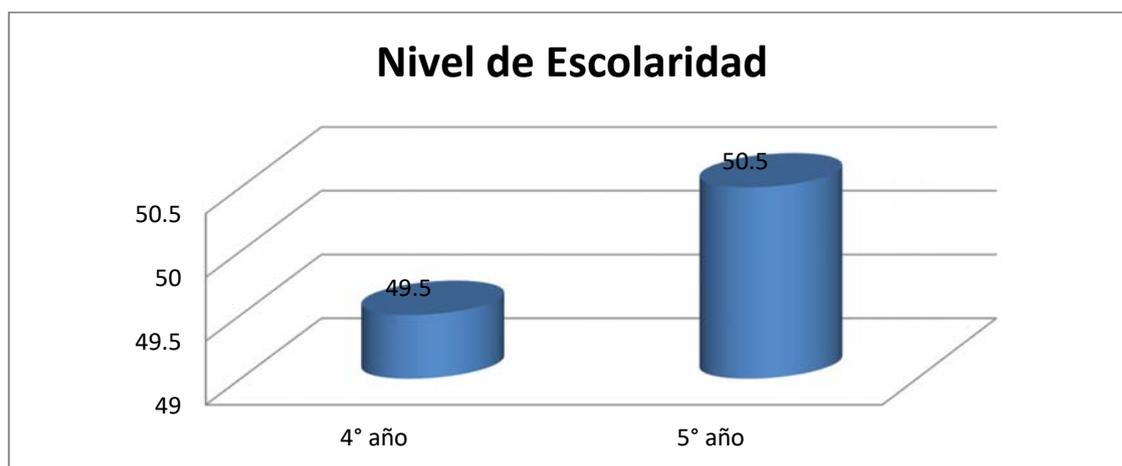
Religión de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 5

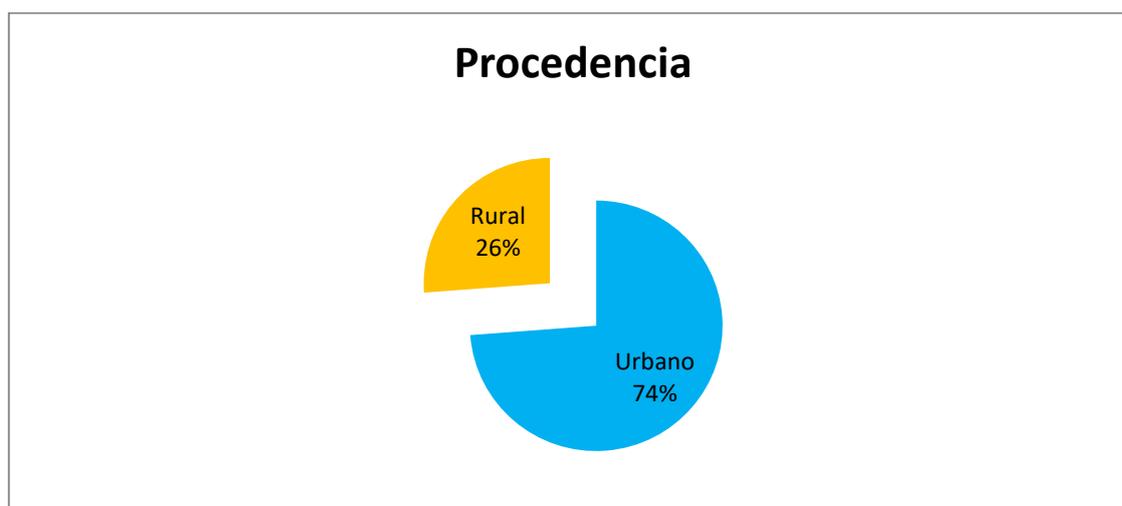
Nivel de Escolaridad de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 6

Procedencia de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

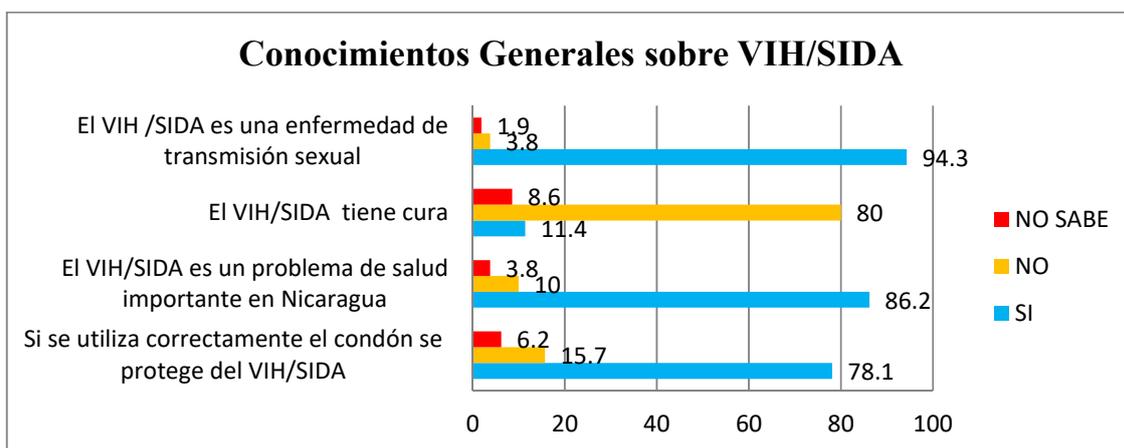


Fuente: Cuadro N° 1

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Gráfico N° 7

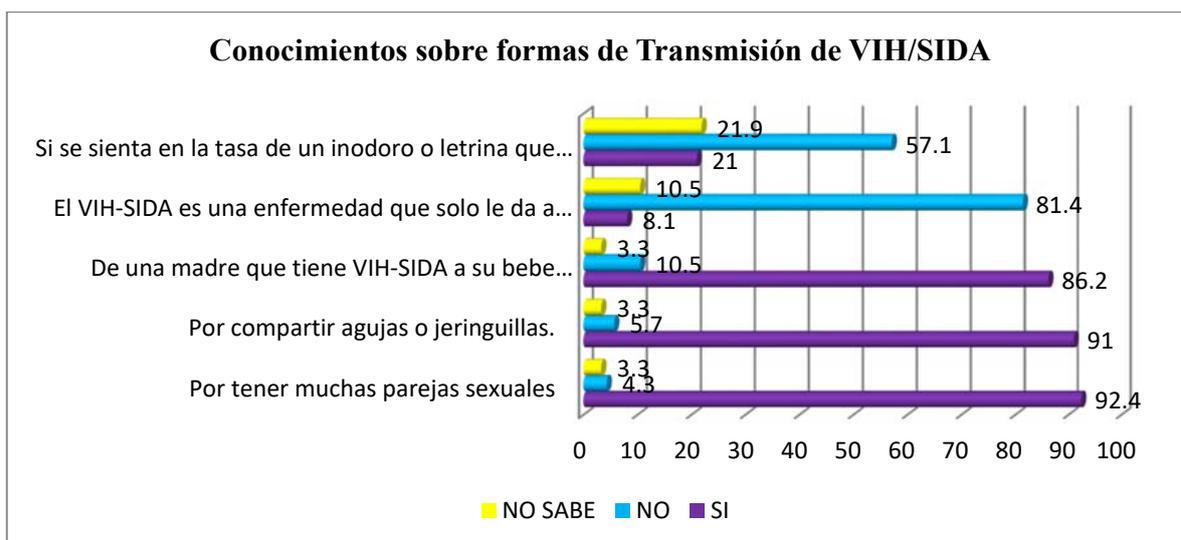
Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 2

Gráfico N° 8

Conocimientos sobre forma de Transmisión de VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

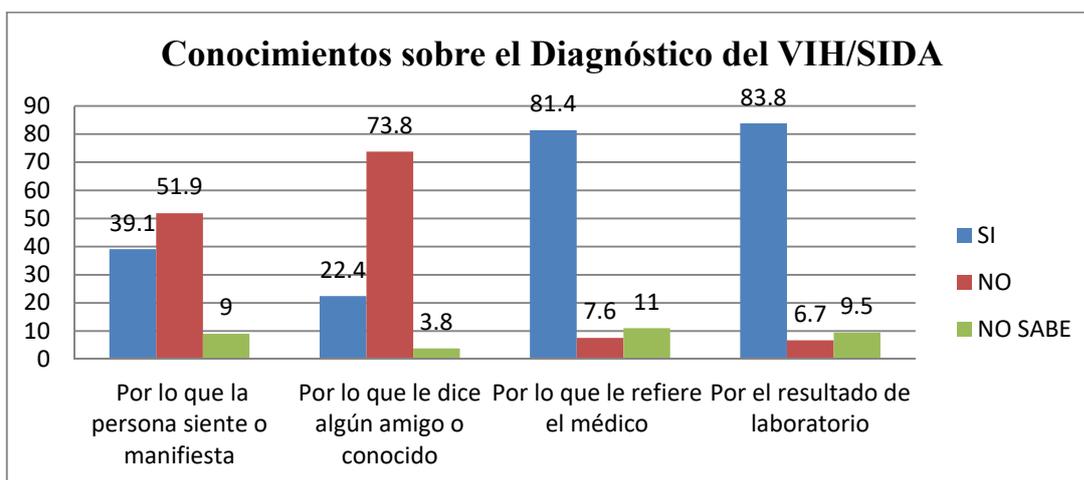


Fuente: Cuadro N° 3

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Gráfico N° 9

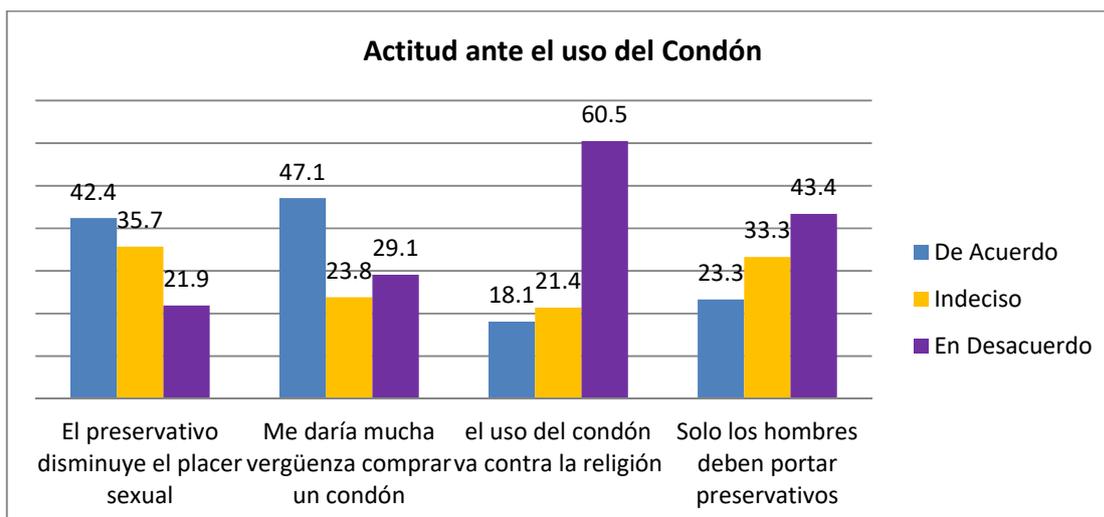
Conocimientos sobre el diagnóstico de VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 4

Gráfico N° 10

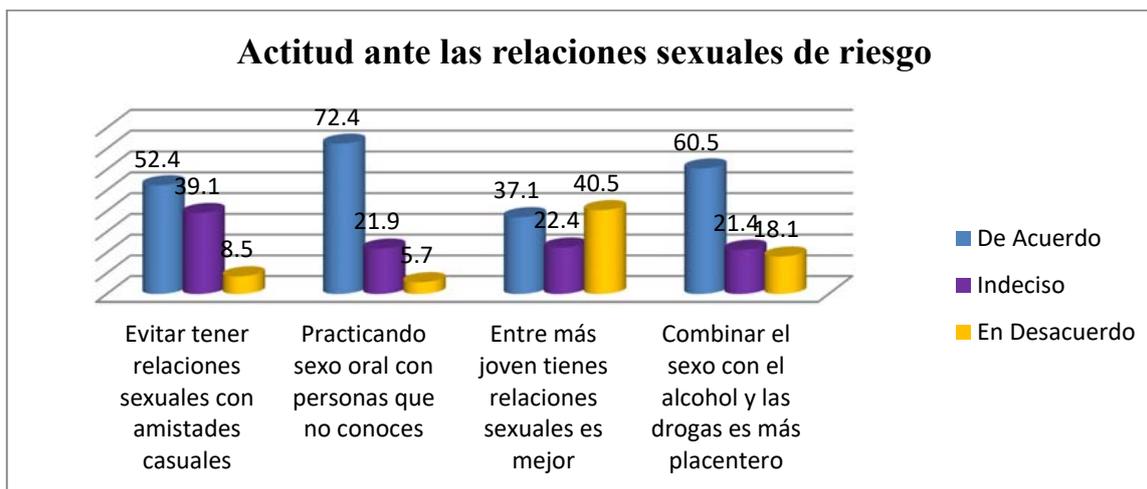
Actitudes hacia el uso del condón en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 8

Gráfico N° 11

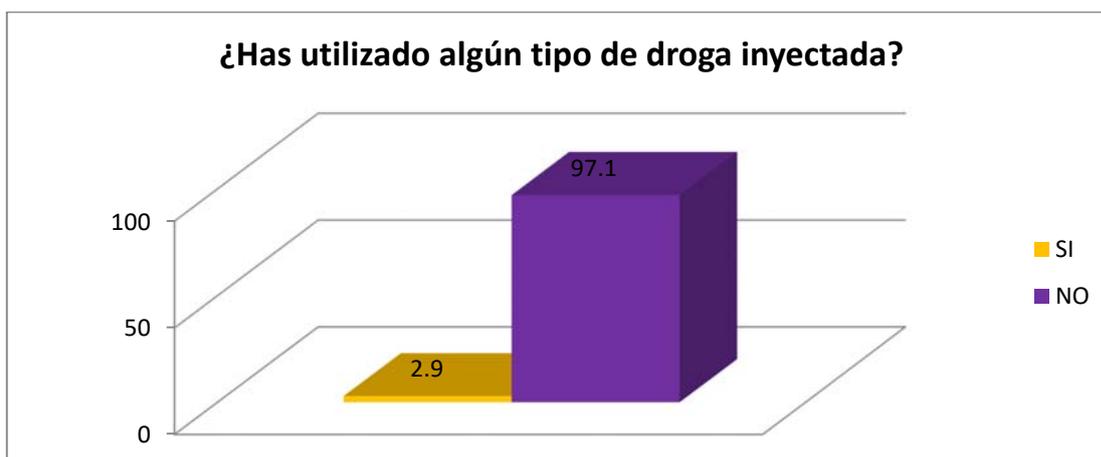
Actitudes ante las relaciones sexuales de riesgo en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 9

Gráfico N° 12

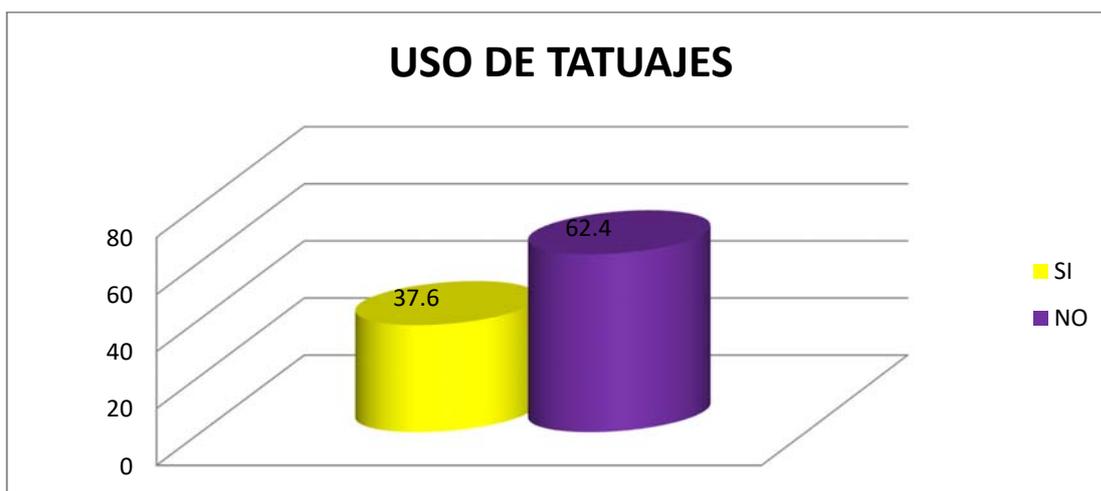
Uso de Drogas Inyectadas por parte de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 11

Gráfico N° 13

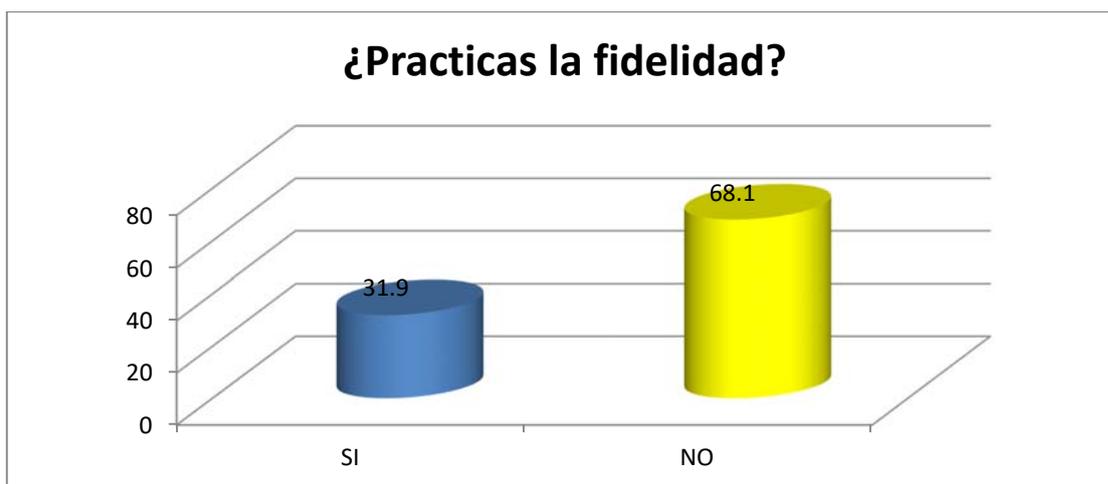
Uso de Tatuajes por parte de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 12

Gráfico N° 14

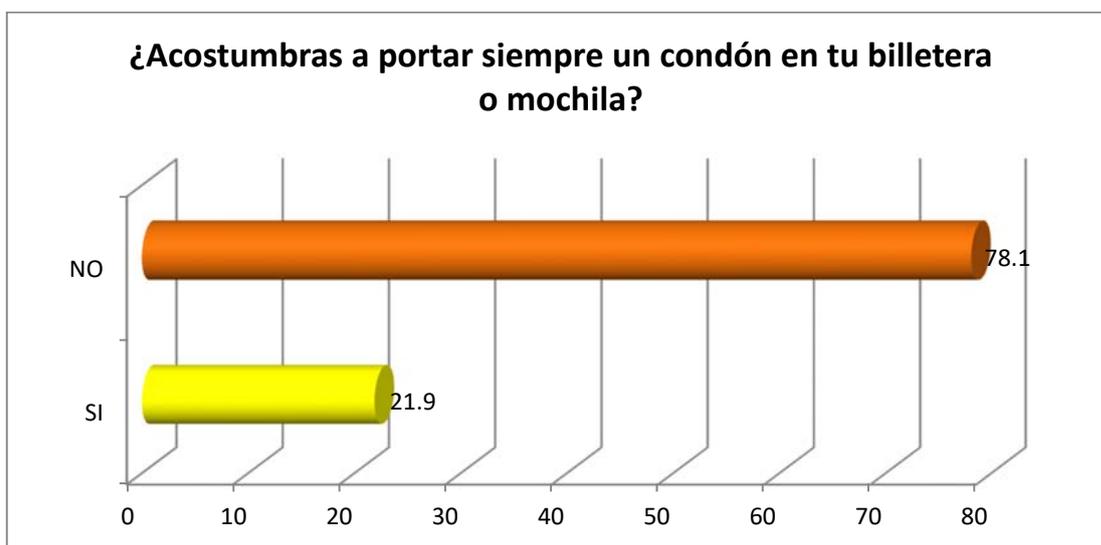
Práctica de la Fidelidad dentro de la pareja del Adolescente, en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 15

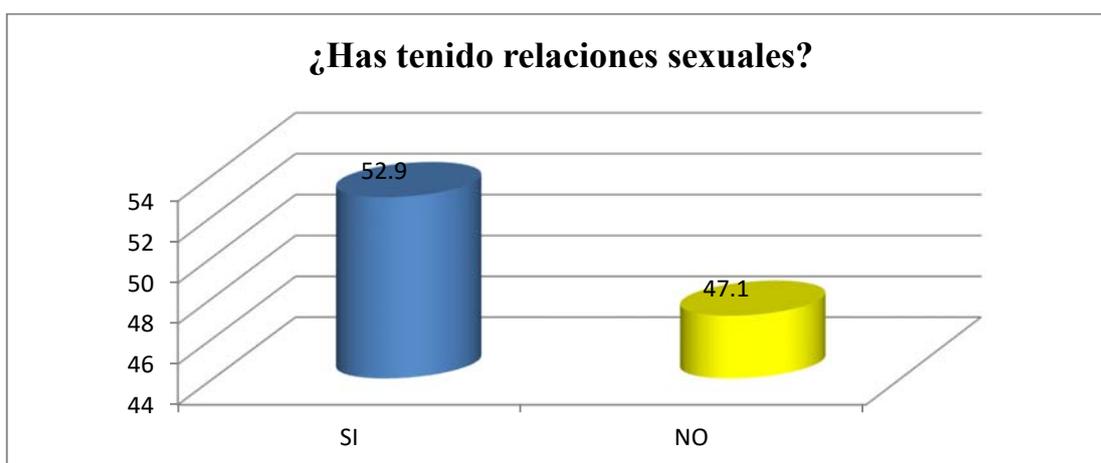
Hábito de portar siempre un condón en tu billetera o mochila en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 14

Gráfico N° 16

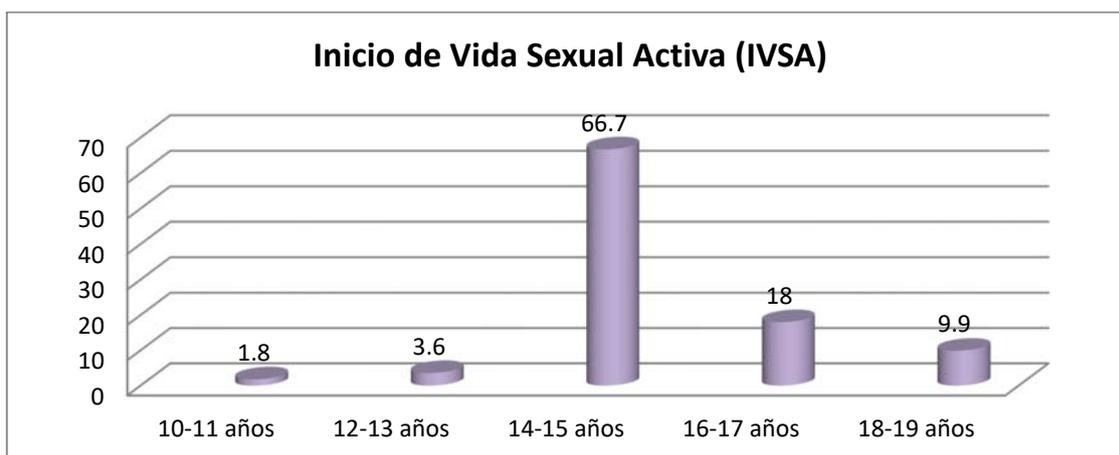
Antecedentes de Inicio de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 15

Gráfico N° 17

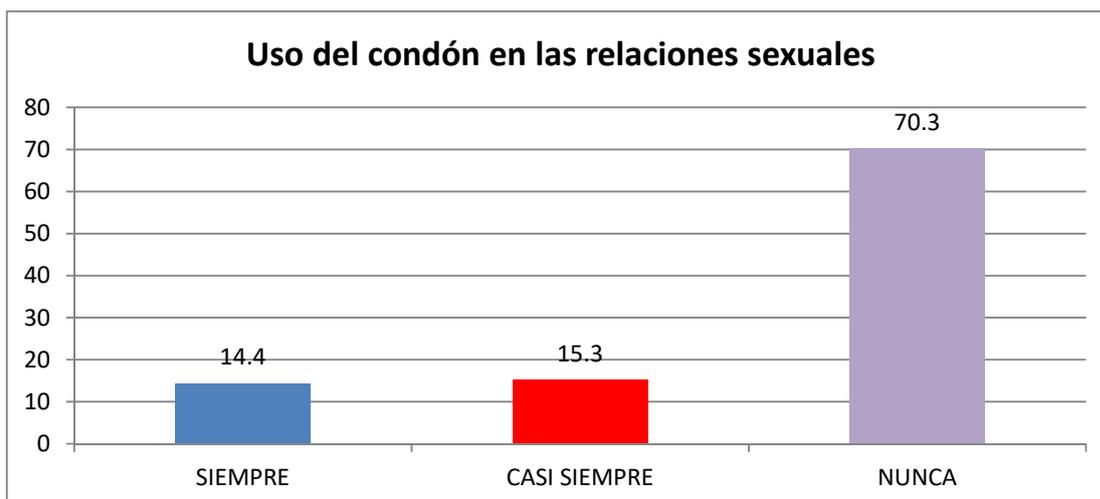
Edad de Inicio de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 16

Gráfico N° 18

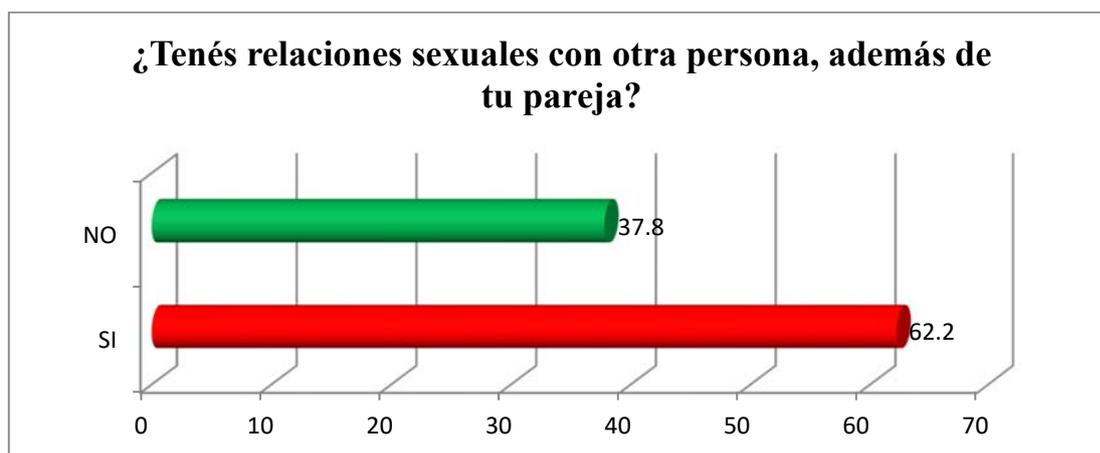
Uso del condón en las relaciones sexuales de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 17

Gráfico N° 19

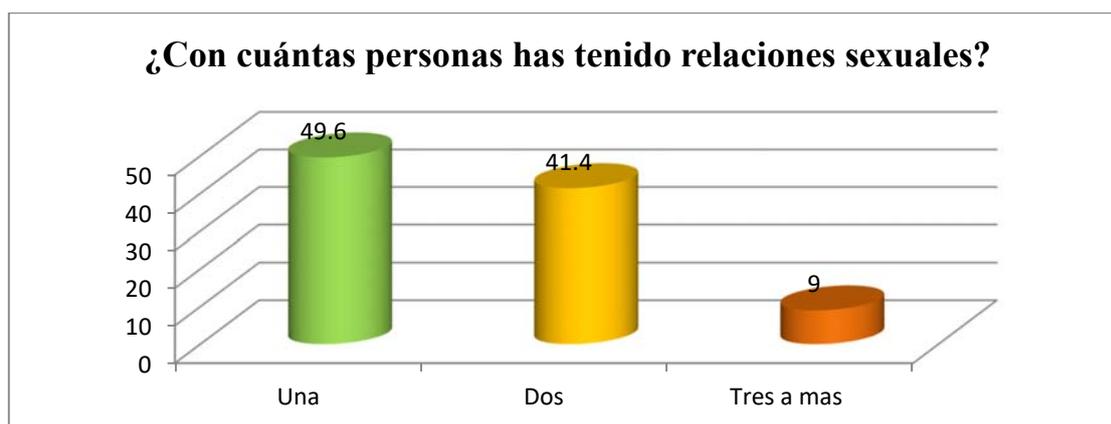
Práctica de Relaciones Sexuales con otra persona además de la pareja en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro 18

Gráfico N° 20

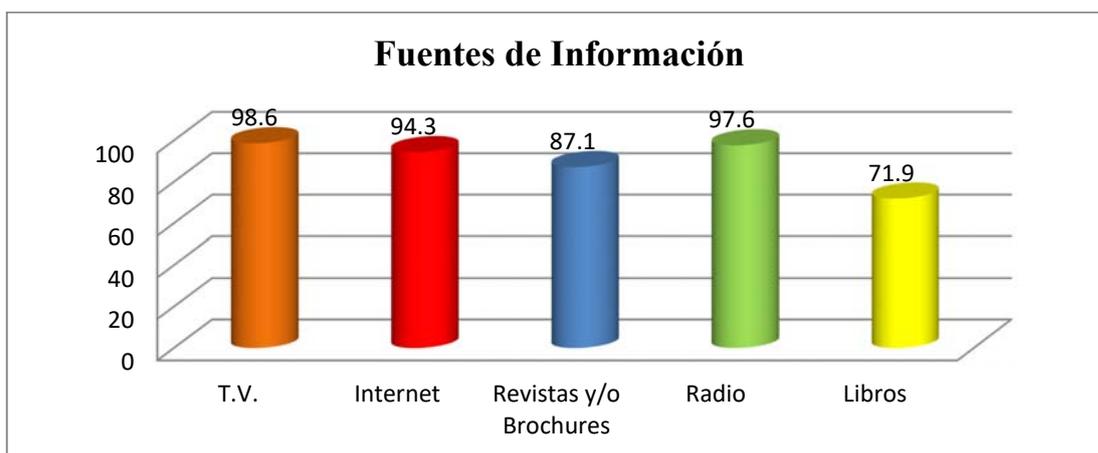
Número Personas con las que has tenido relaciones sexuales además de la pareja en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 19

Gráfico N° 21

Principales Fuentes de Información acerca de VIH/SIDA utilizado por los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 22

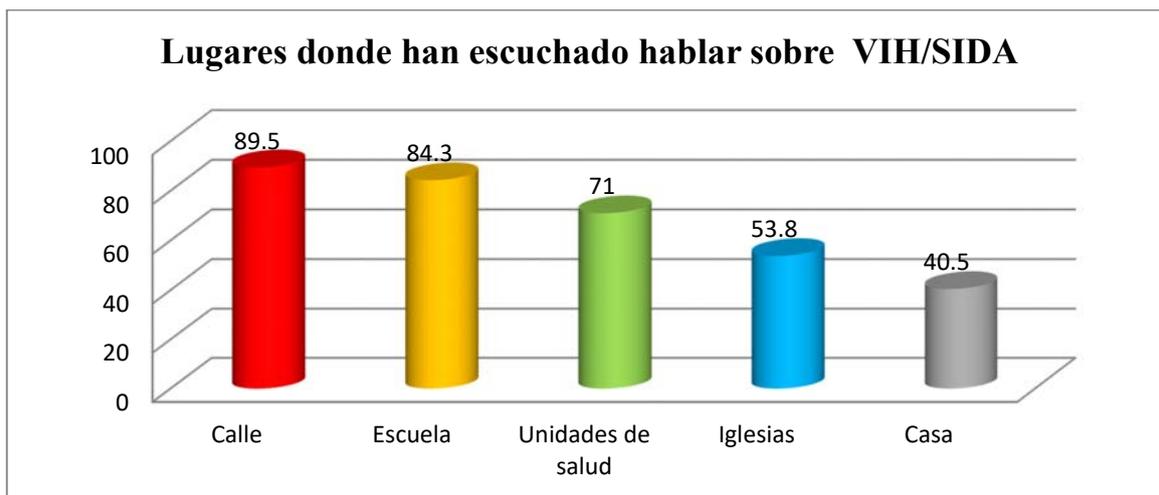
Personas con las que han hablado de VIH/SIDA los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 23

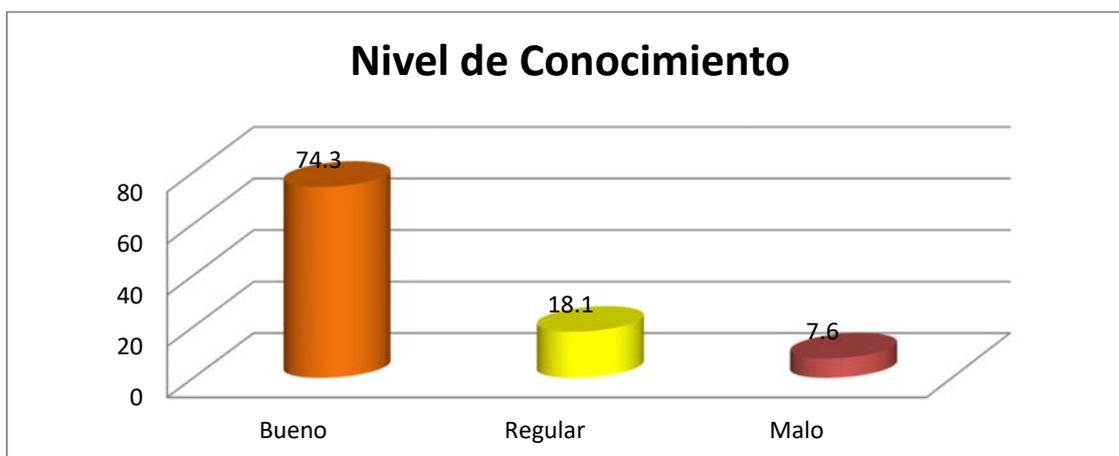
Lugares donde han escuchado hablar de VIH/SIDA los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 24

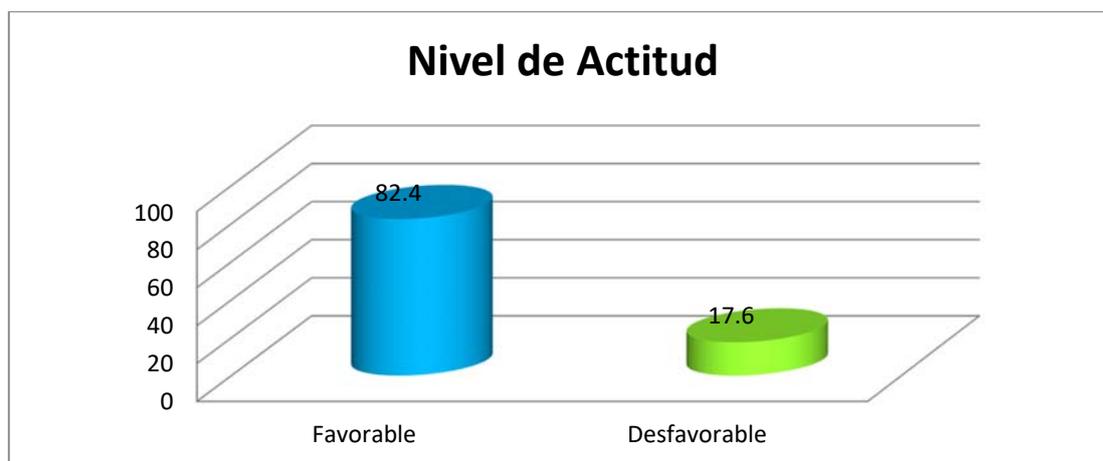
Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 25

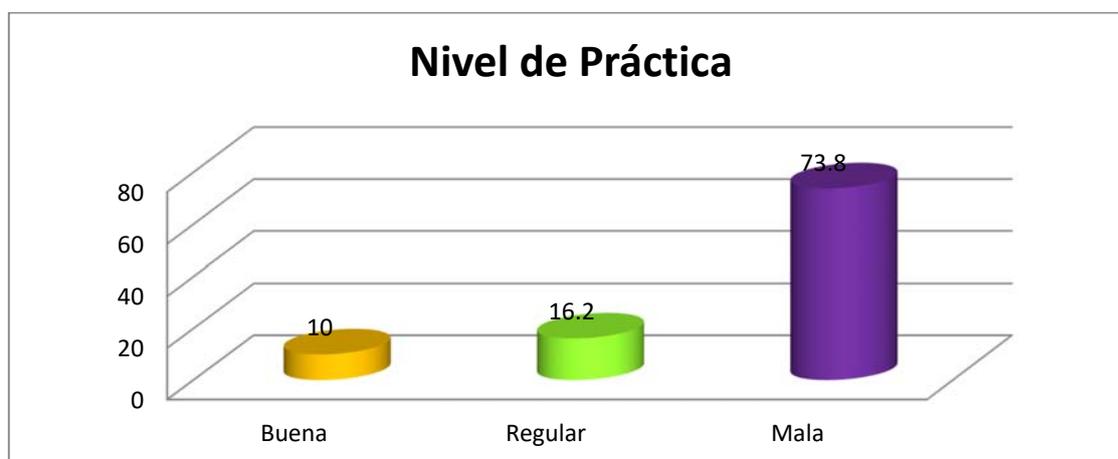
Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 24

Gráfico N° 26

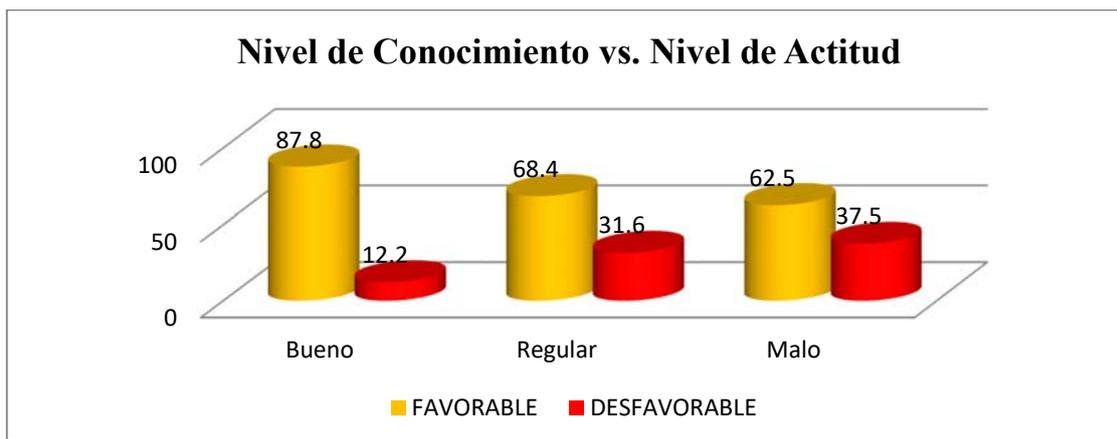
Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 25

Gráfico N° 27

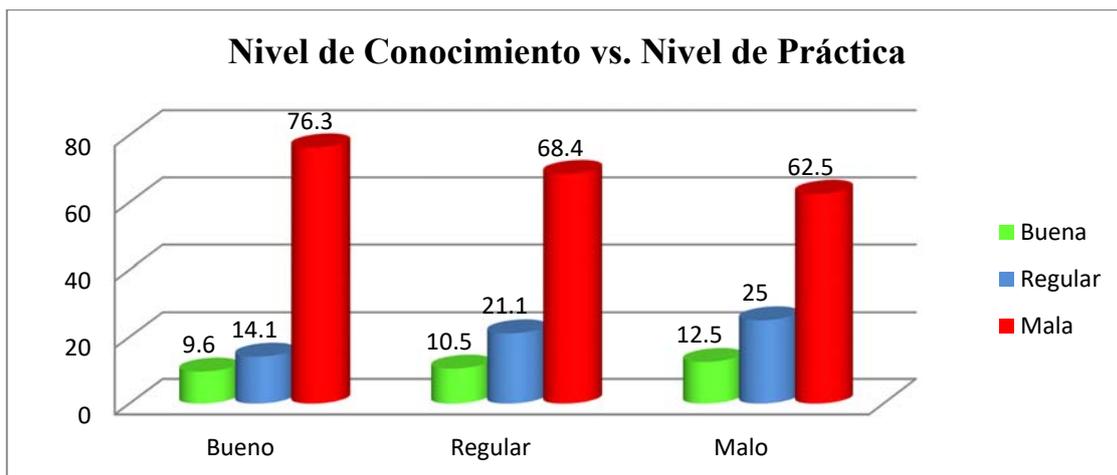
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 26

Gráfico N° 28

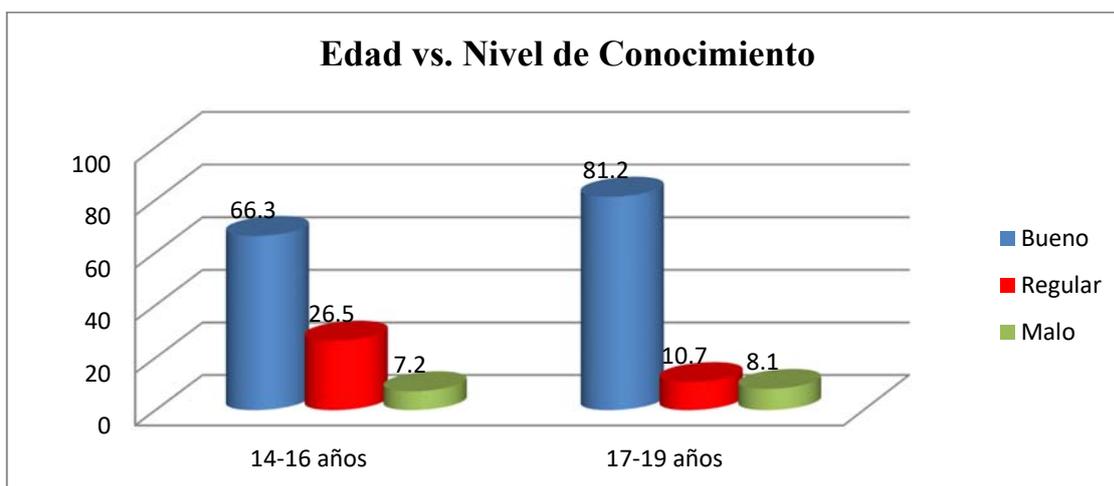
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 27

Gráfico N° 29

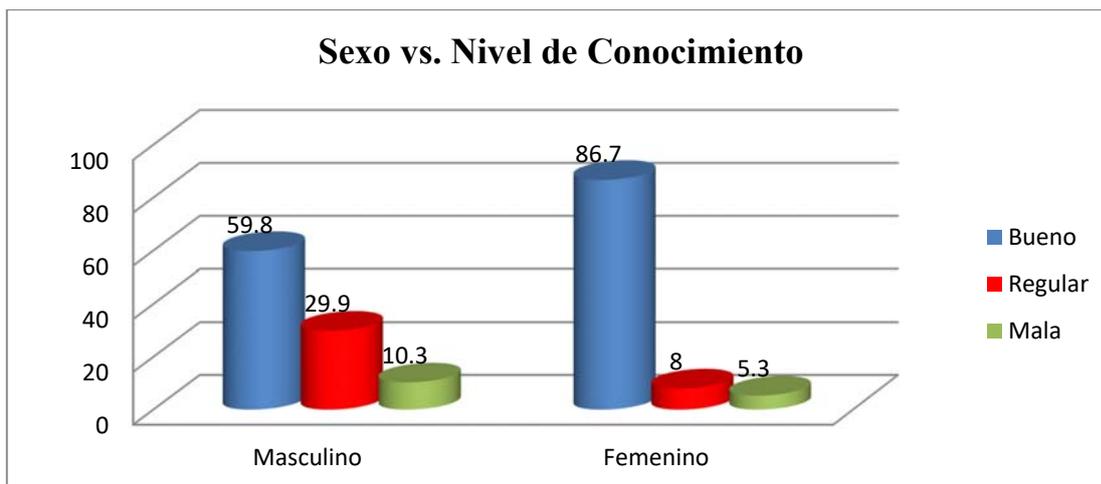
Edad vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 28

Gráfico N° 30

Sexo vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

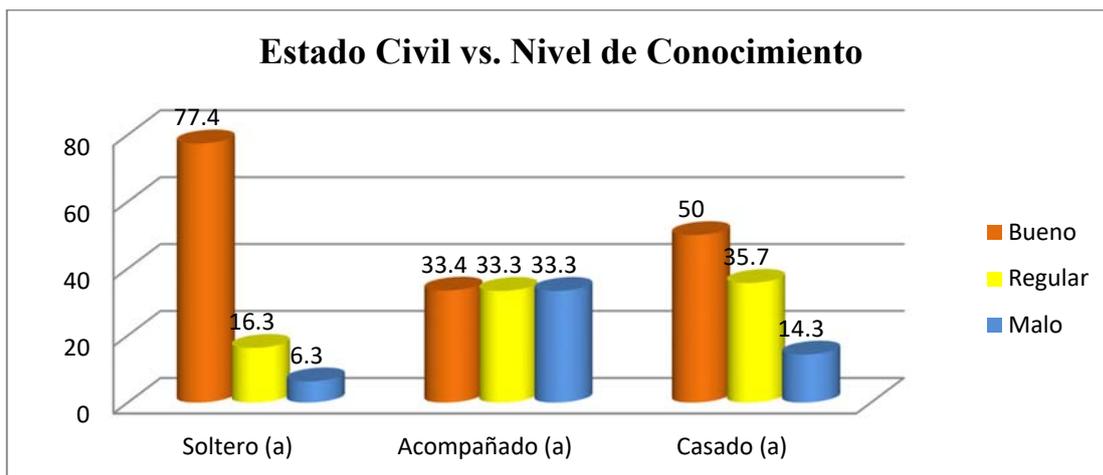


Fuente: Cuadro N° 28

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

Gráfico N° 31

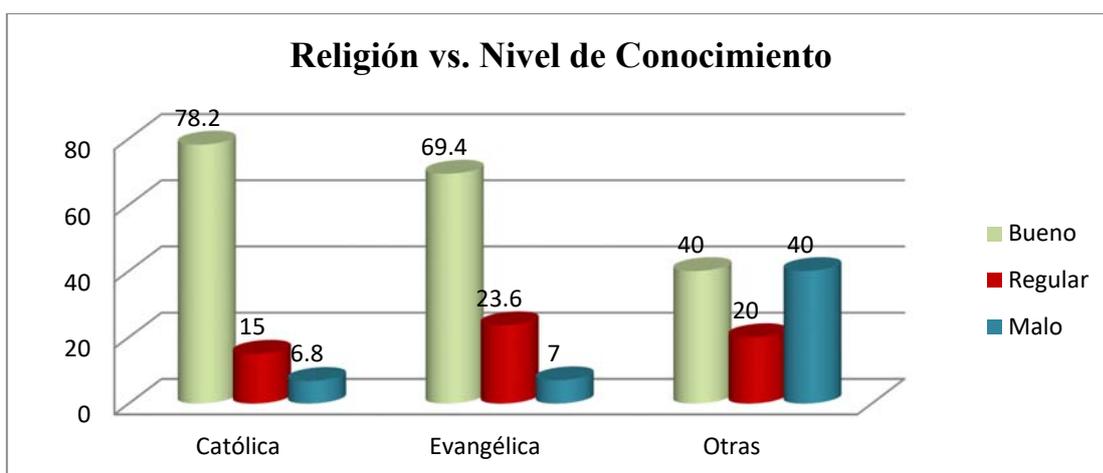
Estado Civil vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 28

Gráfico N° 32

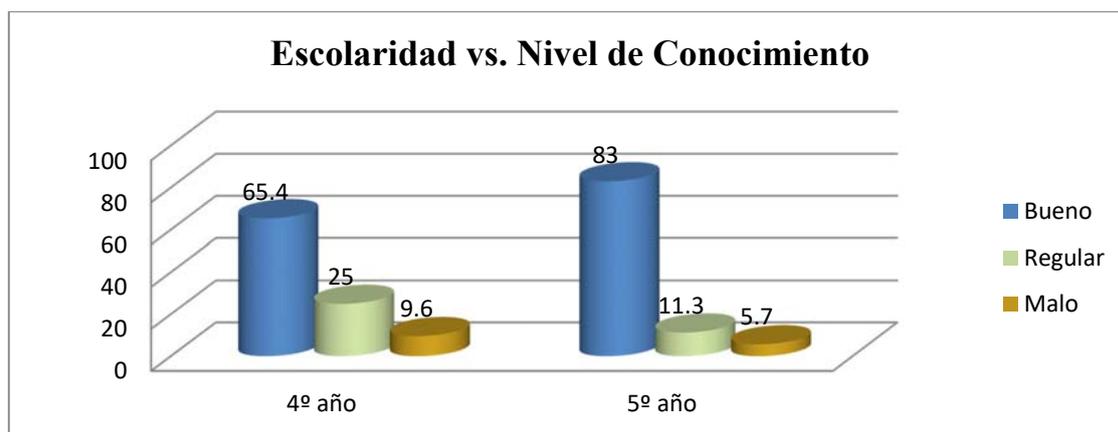
Religión vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 28

Gráfico N° 33

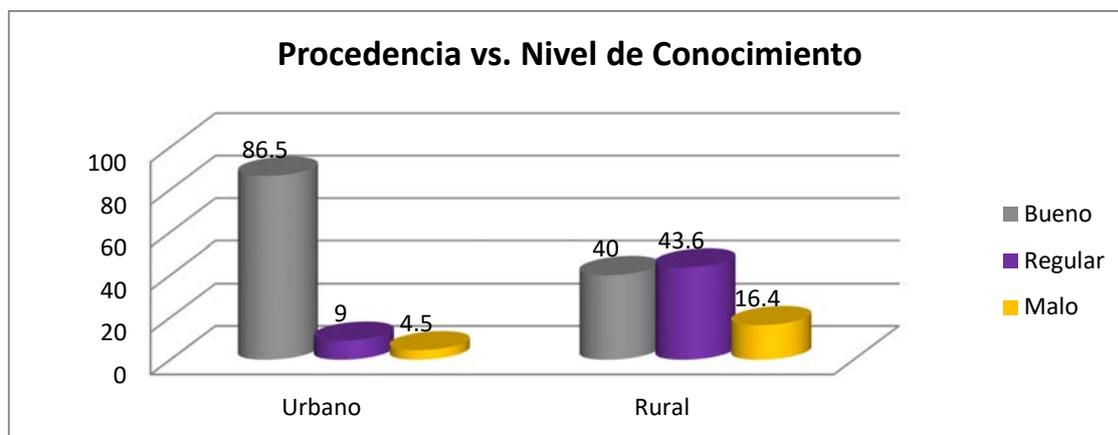
Escolaridad vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 28

Gráfico N° 34

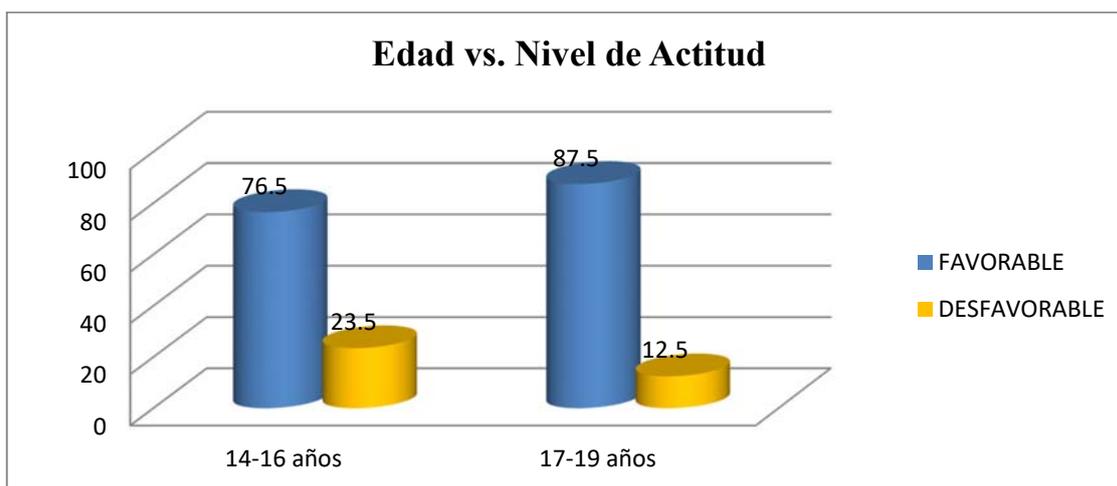
Procedencia vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 28

Gráfico N° 35

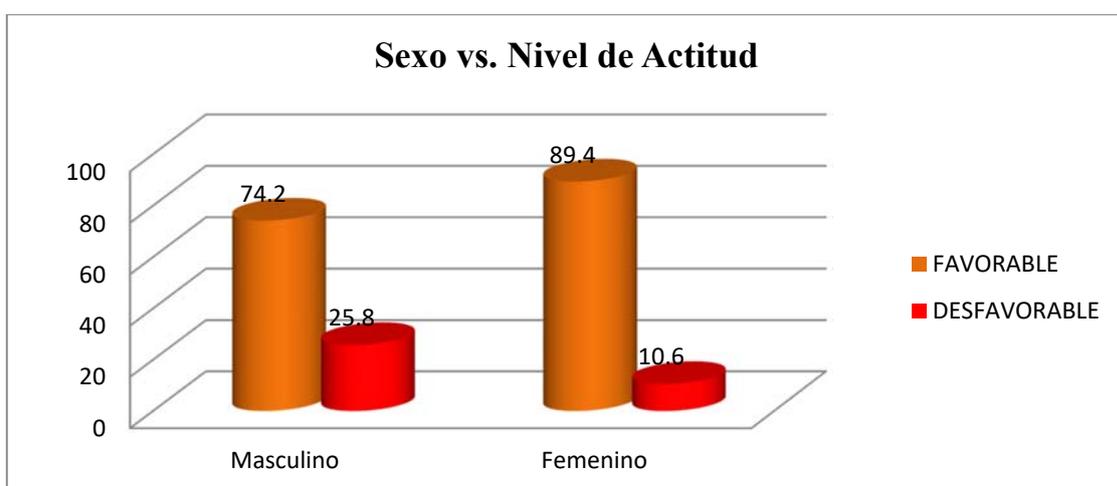
Edad vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 29

Gráfico N° 36

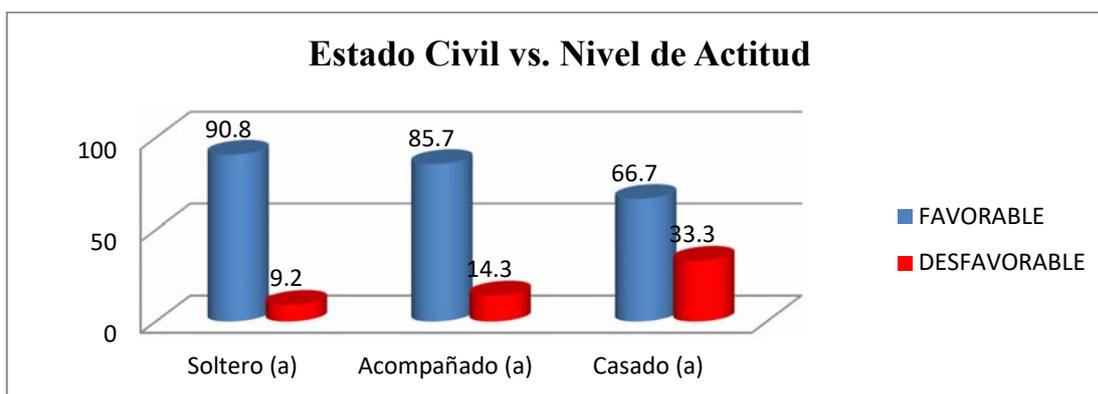
Sexo vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 29

Gráfico N° 37

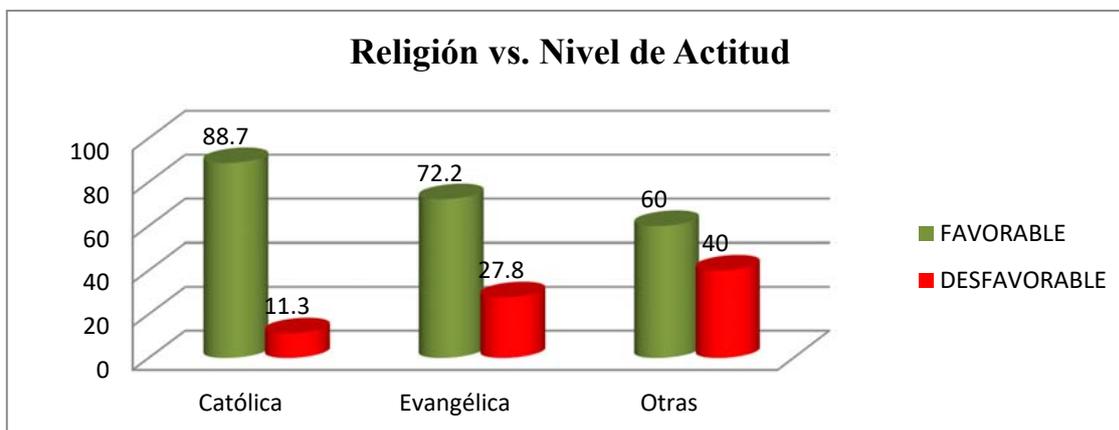
Estado Civil vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 29

Gráfico N° 38

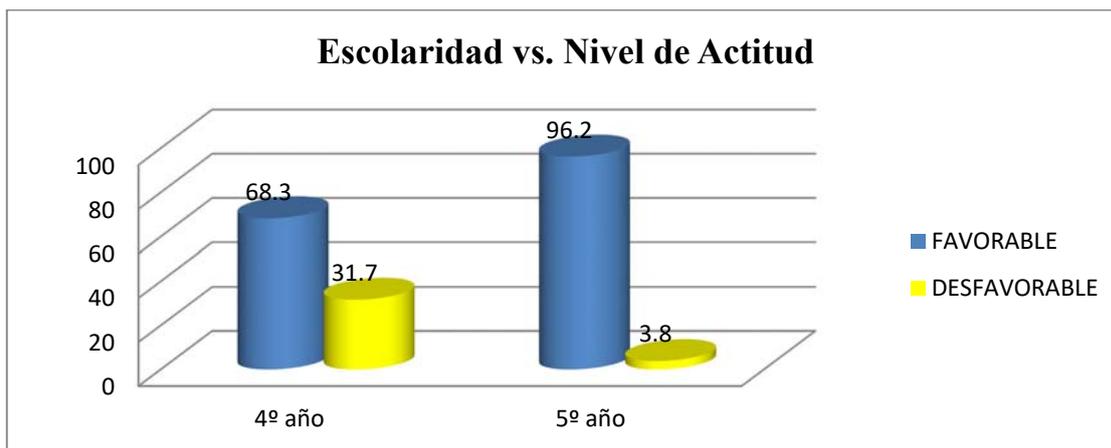
Religión vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 29

Gráfico N° 39

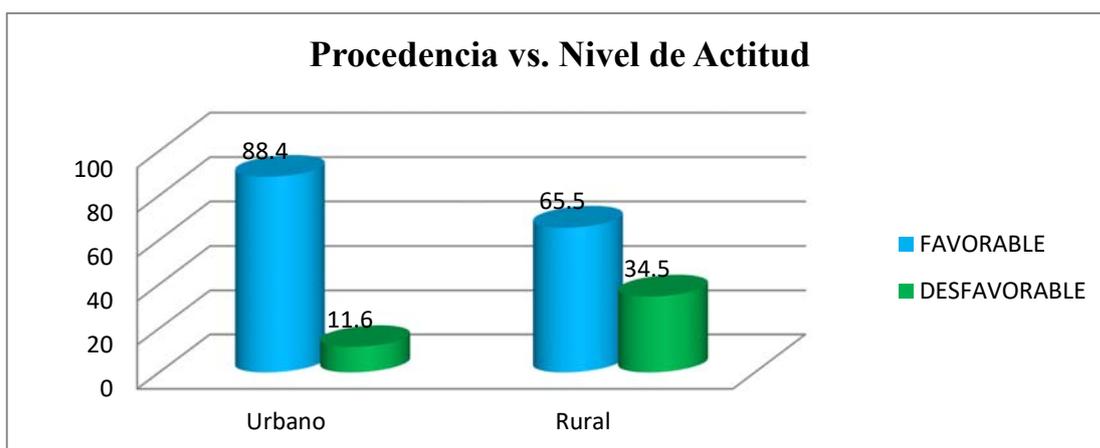
Escolaridad vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 29

Gráfico N° 40

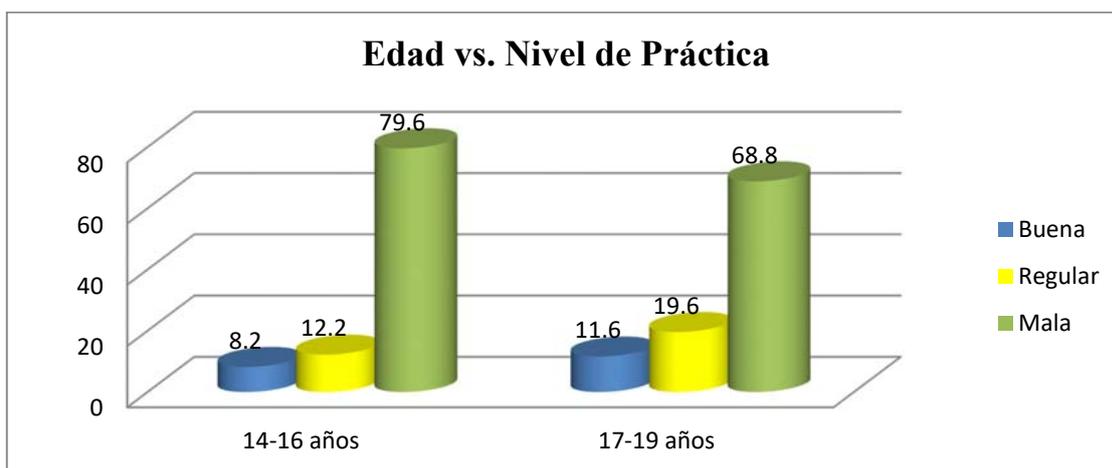
Procedencia vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 29

Gráfico N° 41

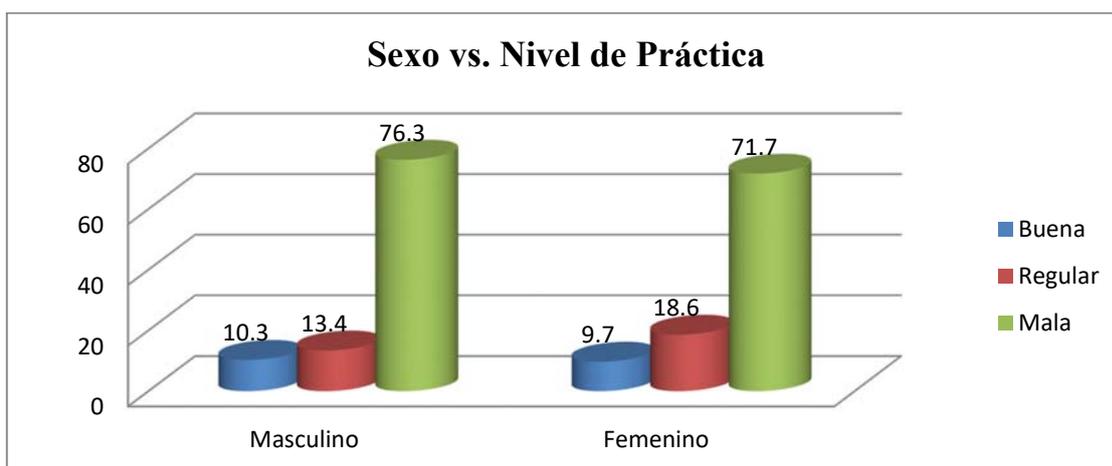
Edad vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 30

Gráfico N° 42

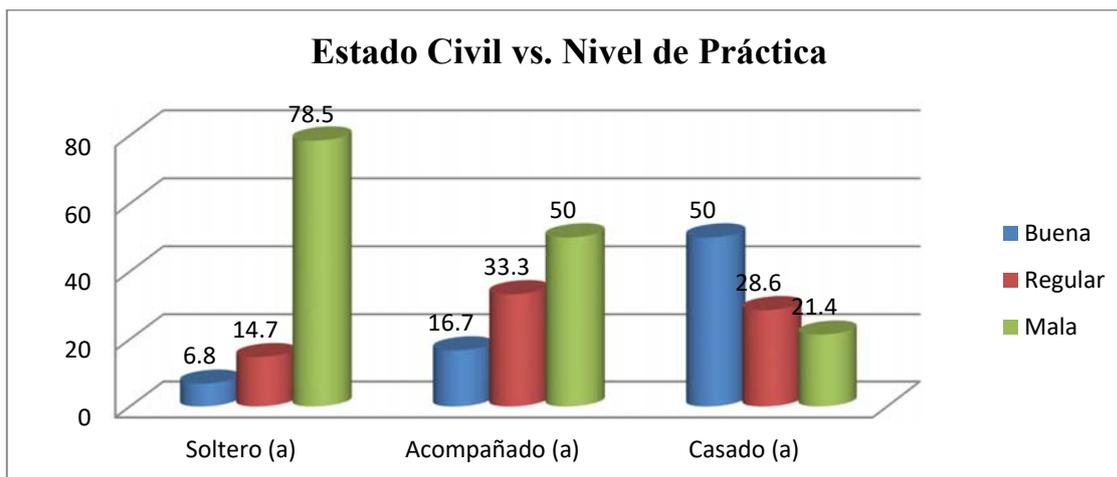
Sexo vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 30

Gráfico N° 43

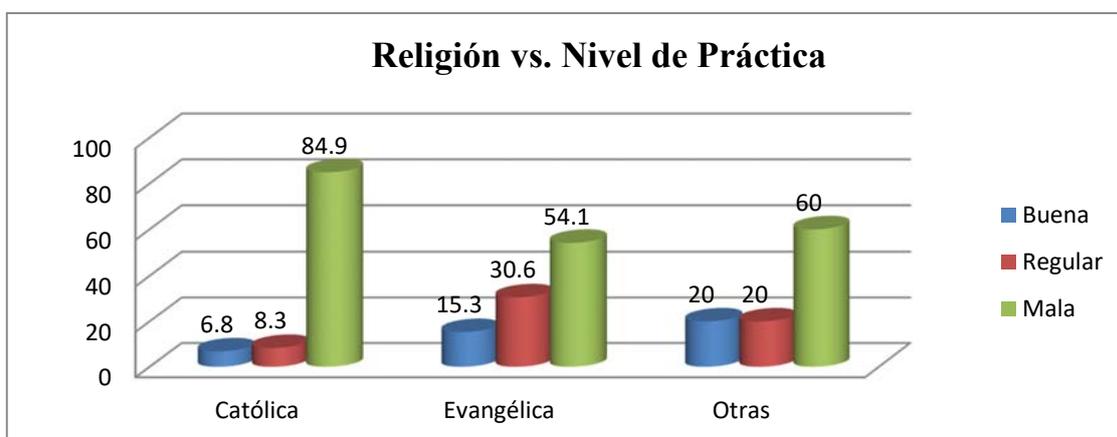
Estado Civil vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 30

Gráfico N° 44

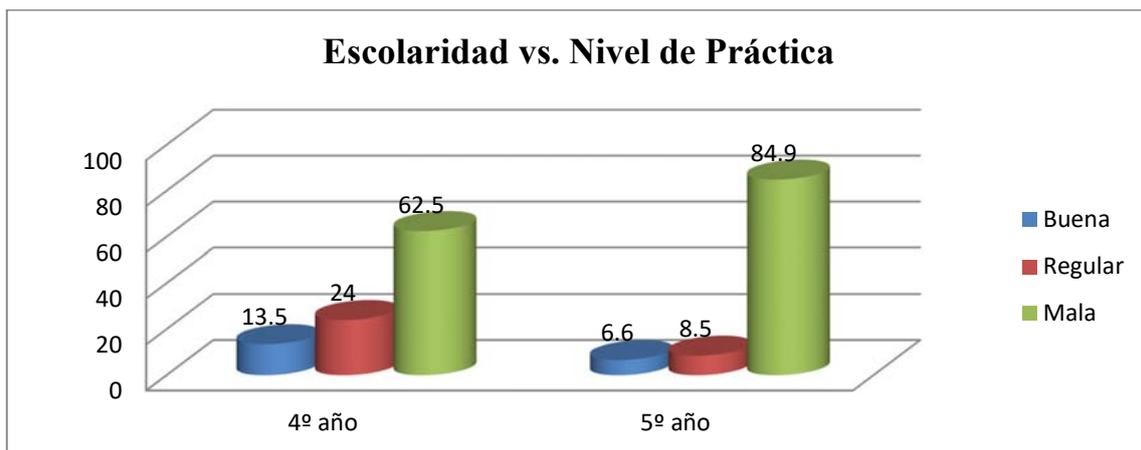
Religión vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 30

Gráfico N° 45

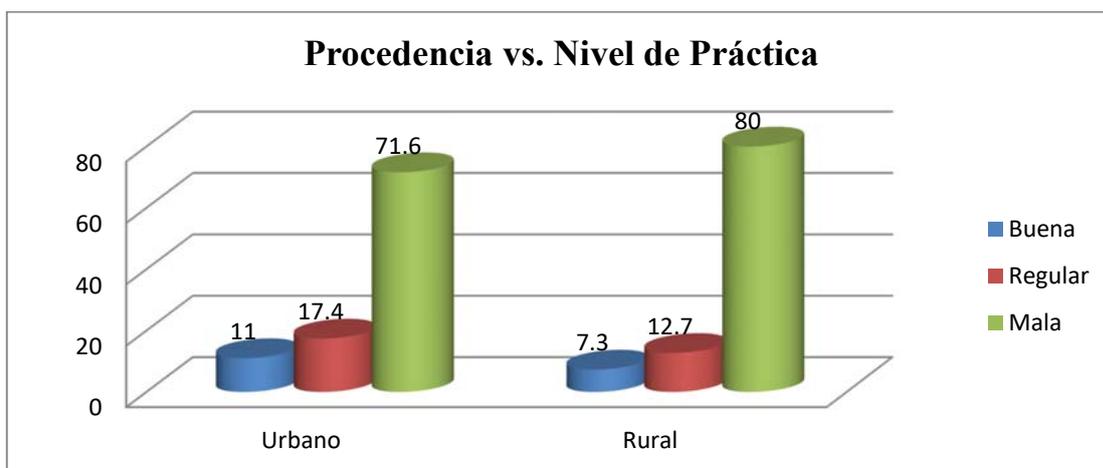
Escolaridad vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 30

Gráfico N° 46

Procedencia vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el Periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017



Fuente: Cuadro N° 30

RESUMEN

En Nicaragua las infecciones de transmisión sexual en los adolescentes cada día alcanzan tasas de infección más altas y en los últimos años el comportamiento se ha feminizado. La infección por el VIH-SIDA no escapa a este comportamiento condicionado sobre todo por una deficiente base de información que provoca un mayor impacto negativo en nuestra población y sobre todo en los estratos sociales más vulnerables, en donde se destaca la población adolescente, ya que los datos epidemiológicos indican que las infecciones por VIH en Nicaragua van aumentando año con año. Con una clara prevalencia en personas menores de 24 años.

El impacto que conllevan estos problemas, hace que la información acerca del VIH sida hacia los adolescentes sea un tema de especial interés sobre todo por los efectos socioeconómicos tanto en el presente como en el futuro en Nicaragua.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del ser humano pues hay mucha inseguridad e inmadurez y por otro lado un sentimiento de invencibilidad, factores que conllevan muchas veces a prácticas de riesgo.

Debido a la importancia que reviste el tema se realizó un estudio en una muestra de 210 adolescentes estudiantes del Cuarto y Quinto Año de Secundaria del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, aplicándose una encuesta dirigida a los adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH-SIDA.

De los 210 estudiantes encuestados el 46.7% correspondió al grupo de 14 a 16 años y 53.3% al grupo de edad de 17 a 19 años. Respecto al sexo, el 53.8% correspondió al sexo femenino, y el 46.2% al masculino. Según el estado civil predominó el soltero con un 90.5%, Acompañados el 6.6%, y solamente un 2.9% se encontraban casados.

En cuanto a la religión, los adolescentes en estudio en 63.3% profesaban la religión católica y un 34.3% la evangélica, 6.6% pertenecían a otras entidades religiosas. En la escolaridad encontramos que el 49.5% cursaba 4to año y un 50.5 % se encontraban en 5to año. El 73.8% de los estudiantes tuvieron una procedencia urbana.

De manera general encontramos un buen nivel de conocimientos (74.3%) y actitudes favorables (82.4%) en los adolescentes pero un mal nivel de prácticas. (73.8%)

El análisis que debe prevalecer es la importancia de consolidar acciones sobre todo en el proceso de información y prevención, manteniendo una sistematización del proceso de aprendizaje con una participación activa de la comunidad educativa y de la propia familia del Adolescente, motivándolo a jugar un papel más activo y propositivo para mantener su propio estado de salud sano, con el desarrollo de prácticas seguras dentro de la óptica de su propia salud sexual y reproductiva. Cabe señalar que un buen nivel de conocimientos no conlleva a prácticas adecuadas pero si es importante a la hora de tomar decisiones.

En este proceso, los medios de comunicación masivos juegan un rol importante ya que es la televisión, el internet y el centro escolar, los medios donde los adolescentes destacaron como principal fuente de información acerca del VIH-SIDA.

Es con sus amigos principalmente con quienes los adolescentes hablan sobre este tema, los maestros tambien tienen un importante lugar en relación a la aclaración de las dudas surgidas en el marco de un buen desarrollo de su salud sexual y reproductiva, por lo que de forma estratégica el personal docente, debe de promover espacios de discusión, que motiven a la población adolescente a la apropiación del conocimiento necesario para superar todos estos obstáculos.

Es necesario que la población en general, maestros, padres de familia y adolescentes tomen conciencia de la magnitud que representa la epidemia del VIH sida como problema de salud pública en Nicaragua, ya que nos afecta a todos, repercutiendo en la calidad de vida, el desarrollo económico, y la pérdida de oportunidades de avanzar en este proceso de la vida.

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en Adolescentes del 4° y 5° año del Instituto Público del municipio de Nagarote, Departamento de León, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2017

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	3
JUSTIFICACION-----	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	12
OBJETIVOS-----	13
MARCO TEORICO-----	14

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO----- 35

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	45
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	56
CONCLUSIONES-----	63
RECOMENDACIONES-----	64

CAPITULO IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS----- 65

CAPITULO V. ANEXOS----- 67