



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN ITS Y VIH/SIDA EN
ESTUDIANTES DE I AÑO DE LA LICENCIATURA MATERNO INFANTIL DEL
INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD UNAN- MANAGUA, OCTUBRE 2019**

AUTORA: DRA. ERICKA PATRICIA MEZA SOLÍS

TUTORA: DRA. FLAVIA PALACIOS

26 DE AGOSTO DEL 2020

INDICE

GENERALIDADES

i. Dedicatoria

ii. Agradecimiento

iii. Opinión del y/o Tutor/a

iv. RESUMEN

CAPITULO I. INTRODUCCION	
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	3
1.3. Justificación	23
1.4. Planteamiento del problema	24
1.5. Objetivos	26
1.5.1. Objetivo General	26
1.5.2. Objetivos Específicos	26
1.6. MARCO TEORICO	27
1.6.1. Infecciones de transmisión sexual	27
1.6.2. VIH - Sida	42
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	65
2.1. Tipo de estudio	66
2.2. Universo	66
2.3. Muestra	66
2.4. Las Técnicas y procedimientos	68
2.5. Plan de tabulación y análisis	69
2.6. Enunciado de las variables por objetivo	69
2.7. Operacionalización de las variables	70
2.8. Aspectos éticos	78
CAPITULO III DESARROLLO	80
3.1 Resultados	81
3.2 Discusión	87
3.3 Conclusiones	95
3.4 Recomendaciones	96
CAPITULO IV BIBLIOGRAFIA	98
CAPITULO V ANEXOS	106
5.1 Tablas y Gráficos	107
5.2 Instrumentos de Recolección	134

GENERALIDADES

Dedicatoria

A **Dios** por darme el don de la vida, por bendecirme siempre, por siempre guiar mis pasos y amarme tanto.

A mi madre **Nora Solís Gavarrete**, por ser mi madre, mi amiga, mi confidente, por siempre estar a mi lado, por creer en mí siempre, antes que yo lo hiciera, por tus consejos, por tu ejemplo y por enseñarme buenos principios y poder ser útil a la sociedad, por luchar siempre por su familia e hijos y sacarnos sola adelante, por tu amor incondicional, nunca terminaré de agradecerte, te amo.

A mi esposo **Julio César Báez** por amarme tanto, por tu compañía a lo largo de los años, por ser mi inspiración y mi pilar, por estar siempre a mi lado ayudándome en todo, he sido muy afortunada de encontrarte.

A mis hijas **Nora Lucía** y **Julianna Yadira** por ser mi motor día a día aun cuando me sentía sin fuerzas, por el tiempo en que he estado ocupada en mi estudio, por su comprensión y amor incondicional.

A mi segunda Madre **Yadira Solís Gavarrete**, por estar ahí siempre para mí aun en la distancia, por su amor incondicional y por creer en mí.

A mis hermanos **Oscar** y **Dinorah**, por ayudarme en los momentos que necesite de diferentes formas, aunque muchas veces discutamos en las buenas y en las malas siempre estamos unidos.

Agradecimiento

A mi esposo **Julio César Baez**, por tu amor incondicional, por tu apoyo, por creer en mí, por tu tolerancia, por amarme tanto, por ayudarme y darme ánimos cuando me sentía derrotada, por amarme con todos mis defectos, por la paciencia que me tienes y la que tienes que buscar por mí.

A mis madres **Nora y Yadira** por su amor incondicional, por sus llamados de atención, por celebrar conmigo mis triunfos y animarme en las caídas para que me levantara, me limpiara y siguiera adelante, por amarme incondicionalmente.

A mi hermano **Oscar Meza**, por contar siempre con tu apoyo incondicional, por ser un padre para mí, por tus regaños, los que muchas veces no entendemos hasta que crecemos, por estar siempre para mí y los demás, por compartir tu tiempo y conocimiento conmigo aun cuando no podía entender, por muchas veces tener que llenarte de paciencia para mí.

A mi hermana **Dinorah Meza**, por tu apoyo incondicional en todas mis necesidades en especial por el amor a mis princesas y por ayudarme a guiarlas por el buen camino.

A Licenciada **Yadira Medrano**, por su apoyo incondicional, por sus regaños y sus aplausos, por disfrutar de mis triunfos haciéndolos suyos, por ser una docente en todo el sentido de la palabra, por estar siempre dispuesta a ayudarme, guiarme, por siempre tener tiempo para atenderme, por quererme como una hija y por su infinita paciencia.

A **Dra. Flavia Palacios**, por su ayuda en la guía de mi tesis.

Opinión del y/o Tutor/a

Según datos del Ministerio de Salud de Nicaragua, en el año 2018 el 76 % de los nuevos casos diagnosticados en VIH/Sida corresponde a población joven comprendida entre las edades de 15 a 39 años; el 28% de estas corresponde a las edades entre los 15 a los 24 años. (MINSA, 2018). De esta manera es importante de obtener información sobre los conocimientos y prácticas de riesgo de este segmento de la población con el fin de contribuir a la formulación de estrategias y planes dentro del ámbito universitario dirigidos a acciones de promoción y prevención del VIH y las ITS a través de la educación sexual y cambios en cuanto a las prácticas sexuales de riesgo.

El fomento de investigaciones en la población universitaria, será de provecho al área de vida estudiantil a fin de promover la atención integral de los estudiantes en todos los ámbitos de la vida como ente biopsicosocial.

El presente estudio realizado por Dra. Ericka Patricia Meza Solís, aspirante al título, demuestra el arduo trabajo, disciplina y dominio en el proceso de investigación científica.

Felicito a la investigadora por este estudio que será de utilidad para futuras investigaciones e insto a que continúe desarrollando sus habilidades en el área de la investigación.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

El presente Trabajo Investigativo: Conocimientos y prácticas de riesgo en ITS y VIH/SIDA en estudiantes de I año de la Licenciatura Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud Unan- Managua, octubre 2019, es un problema de Salud Pública que surge en los adolescentes a temprana edad incrementando significativamente la incidencia de infecciones sexuales. Se realizó este estudio, para contar con la información adecuada, sobre las prácticas sexuales de riesgo que conllevan a una conducta errónea y factores sociales del sujeto de estudio que lo predispone y lo hace vulnerable a adquirir este tipo de contagio. La investigación es un estudio prospectivo, descriptivo y según la secuencia en el tiempo es transversal, es probabilístico por conglomerados, se cuenta con un universo de 226 y una muestra de 61 estudiantes de primer año, con un nivel de confianza del 97%; cumple con los criterios de inclusión, todos sean estudiantes de primer año de materno infantil y con vida sexual activa. Para recolectar la información, se utilizó de guía una encuesta donde la información es analizada según los resultados obtenidos de éstas por medio del programa SSPS versión 23, programas de Windows 10. En conclusión: Se describieron los factores sociodemográficos, predominando el sexo femenino en esta población, en los conocimientos se destacaron que poseen información básica general de las ITS-VIH/Sida, se identificó que en las medidas de prevención tienen conocimiento aceptable a su nivel. En las prácticas responde a su nivel de conocimiento e ideología, reconocen cuales son las de riesgo y las medidas que se deben de tomar ante la existencia de alguna de ellas sin embargo es muy poca información la que poseen, además sabe de los riesgos de infectarse con cualquiera de estas enfermedades sin embargo continúan realizando prácticas sexuales inadecuadas, no los aplican de manera preventiva y efectiva a su vida sexual. Mi estudio tuvo la finalidad con resultados positivos ya que en la ejecución de dicho plan los estudiantes universitarios fueron participativos.

CAPITULO I. INTRODUCCION

1.1.Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/Sida son enfermedades frecuentes a nivel mundial por la que la población acude a las unidades de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta una gran preocupación por el marcado aumento que se observa en el número de ITS. La falta de control de los impulsos, ambivalencia emocional, los cambios emotivos y de la conducta, además, su maduración sexual cada vez más temprana lleva al individuo a la búsqueda de relaciones sexuales riesgosa. Siendo víctimas comunes de las ITS, lo cual, se agrava por la falta de conocimientos reales acerca de la misma. (Organización Mundial de Salud, 2013)

El padecimiento de una infección de transmisión sexual, trasciende más allá de simplemente reconocer la existencia de la enfermedad y un tratamiento para su mejora en los casos que manifieste sintomatología, pero en su defecto la no manifestación o el inadecuado tratamiento pueden incurrir en situaciones que interfieran en la salud reproductiva tanto en hombres como a mujeres, considerando también que pueden existir complicaciones en un embarazo que puede terminar en aborto, parto prematuro, bajo peso al nacer, o malformaciones congénitas, también la manifestación de la enfermedad al nacer en el niño.

Además de los altos costos que incurre el sistema de salud nacional para poder dar respuesta a esta demanda. Además, el padecimiento de una ITS, principalmente los síndromes ulcerativos predisponen 10 veces más al riesgo de adquirir el virus de Inmunodeficiencia Adquirida y al SIDA. (Reproductive Health Response in Conflict Consortium, 2004).

La incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) al concluir el año 2012 en Nicaragua, se reporta en 38 x 100,000 habitantes, se notificaron un total de 2,271 eventos

de ITS a través de la oficina de estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA) presentando un ligero incremento del 6% en relación al mismo periodo del año 2012 donde se reporta una incidencia de 32 x 100,000 habitantes, 1,879 casos. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes reportadas son: Condiloma 46.8% (1,063 casos), Gonorrea 31.7% (720), Sífilis adquirida con el 21.5 % (488) no se reportan casos de Sífilis congénita. La Gonorrea y Condiloma concentran el 78.5 % de las ITS. (Comisión Nacional de lucha contra el SIDA, 2013).

En Nicaragua la población total para estimada para el año 2017 es de 6,393,824, millones de personas, de estos 3,154,465 son hombres y 3,239,359 son mujeres, y de estos 2,671,275 3,722,549 son de zonas urbanas y 2,671,275 son de zonas rurales.(Estadístico, 2016) con una densidad poblacional de 50 hbs x km², el 60% es menor de 25 años y el 51% en edad reproductiva (15 a 49 años de edad). La cantidad de casos nuevos en el país para VIH en el 2017 era de 1,043 casos, de estos 244 fallecidos y en el 2018 los casos nuevos aumentaron a 1,115 y fallecidos 228. (MINSA, 2018)

1.2. Antecedentes

1.2.1. Estudios Internacionales

Salamanca y Romero (2017), realizó un estudio de *Comportamiento de riesgo ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en universidades privadas de Villavicencio*, estudio realizado por Universidad de los Llanos en Colombia, con los siguientes resultados:

1. El 95 % de los estudiantes tiene conocimientos sobre el VIH/sida.
2. La principal fuente de información son los programas de televisión (28,6 %).
3. Para el 51,6 % su primera relación sexual ocurrió antes de los 16 años de edad; para el 32,5 %, entre 17 y 19 años. Es el inicio temprano de las relaciones sexuales.
4. El 31,9 % no utilizó condón en la primera relación sexual.
5. El 86,6 % considera que el sida se puede prevenir usando condón.
6. Una pareja sexual en el último año, el 35,5 %; entre 2 y 4 parejas sexuales, el 37,2 %; más de 5, el 13,4 %. El 31,1 % no utilizó condón en su última relación.

Es importante desarrollar estrategias educativas para la promoción de la salud en contexto universitario que fomenten estilos de vida saludables. (Salamanca Ramos & Romero González, 2017)

Fernández, Alfonso y Suárez (2015), realizó un estudio de *Comportamientos relacionados con el proceso salud-enfermedad de adolescentes del Policlínico Luis Turcios Lima TT*. Estudio realizado por la dirección del área de salud del Policlínico “Luis A Turcios Lima”, con los siguientes resultados:

1. Alta frecuencia de fumadores, consumo nocivo de alcohol y bajo de drogas.
2. Prácticas sexuales desprotegidas en el 55,6 por ciento. (Fernández Rodríguez, Martín Alfonso, & Pérez Suárez, 2015)

Álvarez, Müller y Vergara (2015), realizaron un estudio *Conducta Sexual Y Nivel De Conocimiento Sobre Infecciones De Transmisión Sexual (ITS) en adolescentes de instituciones educativas del distrito de Encarnación*, estudio realizado la Universidad de UNICAUCA, del Perú. Sus resultados fueron:

1. De 553 estudiantes, el 26,2% ya había tenido relaciones sexuales, de los cuales, el 24% lo hizo a los 15 años.
2. La iniciación sexual fue durante el noviazgo (70%)
3. Coito vaginal, utilizando preservativo (79%).
4. El 74% afirmó mantener relaciones sexuales con una persona estable,
5. El 86% indicó no haberlo hecho con más de tres parejas sexuales.
6. El 98% negó haber tenido relaciones con personas del mismo sexo y el 69% utilizó métodos de protección.
7. Las ITS identificadas son el VIH-SIDA, sífilis y herpes genital, adquiriendo información a través de internet y el colegio.
8. El preservativo es el método anticonceptivo y método de protección contra las ITS más difundido.
9. Dentro de las actitudes y comportamientos de riesgo corresponden a tener relaciones sexuales sin protección, con varias parejas y a temprana edad.
10. Los padres, educadores y personales de salud deben buscar la forma de intervenir de manera adecuada y conjunta, para velar por la salud y bienestar de una población

sensible y sujeta a innumerables cambios, como son los adolescentes.(Alvarez-Cabrera, Müller-Alfonzo, & Vergara-Jara, 2015).

García Mora, Mendoza Brizio, González Gutiérrez, Hernández-González y Ortega-Escamilla (2014), realizaron un estudio *Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la Facultad de Planeación Urbana y Regional de la Universidad Autónoma del Estado de México*. Estudio realizado por Universidad Autónoma del Estado de México. Con los siguientes resultados:

1. Las principales características la mayoría son del sexo masculino, de 18 años de edad, y con religión católica; su lugar de residencia es urbano, y con orientación sexual heterosexual, del total el 82% de los adolescentes tienen conocimientos suficientes sobre el VIH/SIDA y un 43% poseen de 1-4 prácticas de riesgo para adquirir la infección.
2. Conocimientos sobre VIH/SIDA se encontró en cuanto a la identificación del virus como agente causal del SIDA (96.5%) y el 96.5% identificaron correctamente al tipo de células que ataca este virus.
3. El 39.5% de alumnos piensa que el VIH puede ser adquirido sólo por contacto sexual con personas infectadas, excluyendo la posibilidad de otras formas de contagio. El 12.5% piensa que puede ser adquirido sólo por homosexuales, esto refleja la creencia antigua de que es consecuencia del aumento del homosexualismo.
4. Los alumnos saben que para tener la seguridad de que la persona no tiene VIH/SIDA existe una prueba para detectar anticuerpos (68.5%), además, identifican las situaciones en las que ésta debe ser realizada, sin embargo, sólo 2/3 partes aproximadamente saben dónde realizarla.

5. Los síntomas del VIH/SIDA fueron identificados por los adolescentes en general, así como las medidas de protección y maneras de evitar la infección, incluyendo el uso de condón en un 91.5%.
6. Una cuarta parte de los alumnos no saben de la existencia del periodo de ventana, casi la totalidad sabe que el VIH está presente en secreciones del cuerpo como sangre y semen, y 9 de cada 10 conocen los efectos que el VIH causa en el cuerpo humano.
7. En cuanto a las condiciones por las que se puede adquirir el VIH, 28,5% de los alumnos refieren que pueden adquirir por medio de la picadura de mosquito. Sólo el 7.5% de la muestra estudiada piensa que se transmite por contacto con ropa de una persona infectada. El 94% sabe que se puede adquirir por medio de transfusiones sanguíneas, pero el 82.5% aseguró que se podía transmitir por medio de la saliva.
8. Aproximadamente tres cuartas partes de los adolescentes piensan acertadamente que no hay vacuna contra el SIDA, y un 91.5% afirma que no hay cura. El 91% de los adolescentes saben que el condón protege contra el VIH/SIDA. Acertadamente la mayoría de los adolescentes piensan que el VIH/SIDA puede ser transmitido por una persona que parezca saludable.
9. Afortunadamente el nivel de conocimientos de aspectos básicos del VIH/SIDA de los alumnos en general es suficiente (82%). escolarizados fue elevado.
10. Prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en cuanto a la vida sexual, 6 de cada 10 alumnos son activos, de estos la mayoría comenzó en el rango de 16-17 años, 24.78% antes de los 15 años, y sólo 2.47 antes de los 13 años.
11. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años. Es directamente

proporcional a los años cumplidos en el momento de la primera experiencia, es decir a mayor edad hay un incremento de la probabilidad de uso.

- 12.** Casi 70% de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual con su novia o novio, sin embargo, esta condición no excluye la posibilidad de la transmisión del VIH/SIDA. El mismo porcentaje utilizó condón en su primera relación sexual.
- 13.** La mayoría de los adolescentes tuvieron éste primer contacto sexual por decisión propia, lo cual da oportunidad para la protección voluntaria.
- 14.** Respecto a la frecuencia de uso del condón, más de la mitad siempre lo utilizan.
- 15.** Como factor protector relativo se encontró que más del 80% no habían tenido más de una pareja sexual, igualmente no se excluye la posibilidad de contagio, pero sí lo disminuye. Poco más de la mitad no utiliza el condón con todas sus parejas sexuales, y la principal razón para no hacerlo es que lo encuentran incómodo.
- 16.** En cuanto a las prácticas de riesgo no sexuales se encontró que 2 de cada 10 se han realizado perforaciones (piercings) y casi la totalidad no tienen tatuajes. Las prácticas de riesgo en general son elevadas con una frecuencia de 65.5% de alumnos. Con un rango de 1-4 prácticas de riesgo como resultado más común en un 34.5%. Ningún alumno declaró ser seropositivo, y un número muy pequeño de ellos sospecha que por sus prácticas de riesgo lo podría ser, estos resultados reflejan que, aunque las tienen en una proporción elevada, creen que la enfermedad está lejos de ser su realidad, cuestión que refleja un ciclo vicioso que desemboca en la no protección contra el VIH.

Aunque posean los conocimientos, estos no son traducidos a acciones y por lo tanto no son aplicados de manera preventiva y efectiva a su vida sexual.(García-Mora, Mendoza-Brizio, González-Gutiérrez, Hernández-González, & Ginnette Ortega-Escamilla, 2014).

Lavielle, Jiménez y Vázquez (2014) realizan estudio *Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes*. Por Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Vallejo de la Universidad Nacional Autónoma de México, dando los siguientes resultados:

1. La adolescencia es la etapa de la vida en la que se presentan grandes cambios físicos, psico-sociales y cognitivos y se determina la forma de comportarse en la vida adulta, el impacto que causa en las familias son los riesgos en salud de los que son objetos los jóvenes, este crecimiento va acompañado de independencia sexual aunado al aumento de las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.
2. Por un lado, el uso de preservativos por parte de los adolescentes es bajo: en Estados Unidos de Norteamérica es de 46 % y en América Latina varía entre 27 y 33 %.
3. Por otro lado, una gran proporción de adolescentes realiza prácticas sexuales sin utilizar condón, aun cuando tiene múltiples parejas. Las conductas de riesgo como el inicio temprano de la vida sexual, las múltiples parejas.(Lavielle-Sotomayor et al., 2014).

Valdez, Adachi y Gotuzzo (2013) realizan estudio *Prácticas sexuales en la población universitaria de Lima: Análisis de los factores de riesgo para la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana*, realizado en tres universidades, dando los siguientes resultados:

1. En cuanto a prácticas sexuales, donde hay una diferencia entre el inicio de las relaciones coitales heterosexuales de los varones y las mujeres, donde hay un déficit de las parejas femeninas estables al inicio de la vida sexual de los varones, que son cubiertas por personas de alto riesgo para la transmisión del virus del VIH, lo cual expone a sus parejas estables, desapareciendo el factor protector de la monogamia para las parejas.
2. Bajo uso del condón, y algunos varones con conductas homosexuales, hay un aumento en la prevalencia de antecedentes de ITS en varones mayores de 25 años, que está relacionado al contacto con prostitutas y sodomismo homosexual y heterosexual.
3. Sólo una quinta parte de los varones sexualmente activos está exenta de factores de riesgo conocidos para el contagio con VIH.
4. El 80% de los varones y el 36% (102) de las mujeres encuestados refieren haber practicado el coito. La edad promedio de inicio de las relaciones coitales heterosexuales para los varones es de 16.27 años y de 20.36 años para las mujeres, siendo la diferencia de 4.09 años.
5. El 64% (273) de los varones inician su actividad coital con prostitutas o en encuentros casuales, mientras que el 98% (100) de las mujeres inicia con su enamorado o su esposo.
6. Al analizar el tipo de pareja con la que se mantiene el coito heterosexual encontramos que mientras el 94% de las mujeres coitalmente activas practican el sexo monogámico. (Considerando monógamas a las personas que reportan tener sólo una pareja estable), esto es cierto sólo para el 42% (177) de los varones. El 27% (113) de los hombres coitalmente activos acuden a burdeles.

7. Los hombres a medida que avanza la edad aumentan la proporción de aquellos con una sola pareja estable y disminuye el contacto con prostitutas y encuentros casuales.
8. Sólo 0.7% del total de mujeres admitieron prácticas homosexuales. De los varones sexualmente activos 8.92% refieren haber tenido alguna práctica sexual con personas de su mismo sexo, y el 7.51% respondió afirmativamente al preguntarse específicamente por coito homosexual. El 1.17% de los varones sexualmente activos reconoce haber practicado el coito receptivo anal homosexual, 3.99% el coito introductivo anal homosexual y 0.7% ambos. El 1.5% de los varones sexualmente activos admite seguir manteniendo prácticas homosexuales.
9. Todos los varones que admiten haber practicado o seguir practicando el coito homosexual refieren mantener también coito heterosexual. El riesgo relativo (RR) de practicar el sodomismo heterosexual al haber practicado el sodomismo homosexual es de 2.4.
10. El 43% de los hombres y 21% de las mujeres coitalmente activos reconocen usar condón.
11. Los 87 eventos de ETS (enfermedades transmitidas sexualmente) que mostramos según diagnóstico, fueron reportados por 78 encuestados, 73 varones y sólo 5 mujeres. Al haber preguntado por entidades específicas y no por síndrome compatibles los resultados probablemente subestimen la prevalencia de ETS, pero sean de una alta especificidad. De los varones que reportan alguna ETS el 75% reportan mantener o haber tenido, en el inicio de las relaciones coitales heterosexuales, contacto con prostitutas o encuentros casuales; sin embargo, de

los 342 varones que refieren algún contacto con prostitutas o encuentros casuales el 69% no reportan ETS.

- 12.** Al analizar los factores que podrían estar asociados a la prevalencia de ETS no encontramos ninguna relación válida entre las mujeres. Entre los varones sexualmente activos encontramos un RR era mayor de 1.0 para las asociaciones de contacto con prostitutas y sodomismo heterosexual y la de sodomismo homosexual sin uso del condón; pero además se encontró que los mayores de 25 años presentaban un riesgo 2.3 veces mayor 1.6-3.5 de contraer ETS que los menores de 25 años.
- 13.** Es en el grupo de los mayores de 25 años donde encontramos asociaciones significativas entre la prevalencia de ETS y contacto sexual con prostitutas, sodomismo heterosexual, sodomismo homosexual y no emplear el condón, ya sea considerando cada factor individualmente o en combinaciones.
- 14.** La tercera parte de los encuestados refiere practicar sexo oro genital, y aunque es un mecanismo ineficiente, se han reportado casos de transmisión de VIH por medio de la felación. Antes de la aparición del VIH el coito durante la menstruación era considerado como seguro, aunque frecuentemente rechazado y también como práctica beneficiosa.
- 15.** Como ha ocurrido con otras encuestas sobre sexualidad, las mujeres reportan una tasa muy baja de relaciones con personas de su mismo sexo. La prevalencia de prácticas homosexuales en varones universitarios en el Perú oscila entre 7.1 y 11%, estos podrían convertirse en vectores del VIH hacia la población general.

- 16.** En cuanto al uso del condón Este método es empleado, desconocemos si constante y apropiadamente, por menos de la mitad de los hombres y de la cuarta parte de las mujeres sexualmente activos.
- 17.** La prevalencia de ETS en centros de educación superior en el Perú oscila entre 14 y 42% dependiendo muy probablemente de la manera en que se pregunta por ellas, Nosotros encontramos que las tres cuartas partes de varones con antecedentes de ETS reconocen contacto con parejas de riesgo. El antecedente de ETS, aparte de ser un marcador de prácticas sexuales inseguras, está relacionado a la transmisión de VIH.
- 18.** Las ETS más constantemente asociadas son las causantes de úlcera genital, que constituyen más de la tercera parte de las ETS en nuestra población. (Valdez Bortesi, Adachi Muranaka, & Gotuzzo Herencia, 2013).

Torres Robles (2014) realiza estudio *Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. Epidemiología, Percepción y Conocimiento*. El estudio fue realizado en jóvenes de 15-17 años pertenecientes a tres institutos de Granada y uno de Jaén. Se recogieron datos mediante cuestionario y técnicas grupales, con los siguientes resultados:

- 1.** Los jóvenes se inician al sexo en edades cada vez más precoces. A pesar de estar de usar preservativo la mayoría de ellos, su uso se reduce a evitar embarazos no deseados, no siendo conscientes de su empleo para evitar ITS en otras prácticas sexuales. Existe un conocimiento deficiente tanto de ITS como de su sintomatología.

2. Existe un alto desconocimiento de los síntomas y vías de contagio asociados a una ITS, lo que se traduce en una baja concienciación de su gravedad e importancia.
3. Hay un exceso de mala información en internet y televisión en las que se trata la sexualidad de una forma parcial eliminando la parte emocional.
4. Es necesario un mayor papel protagonista de padres y colegios. Hablar con los hijos acerca de la sexualidad y relaciones sexuales sin tabús hará que se acabe con ciertos mitos que aún persisten.
5. Respecto a la educación por los institutos sería conveniente implementar planes educativos específicos para cada edad empezando lo más precozmente posible.
6. Elaborar programas de educación afectivo-sexual, diferenciar métodos para prevención del embarazo y métodos específicos para prevención de ITS, y tratar la sexualidad con todas sus connotaciones. Así, cuando alcancen la adolescencia ya contarían con formación y recursos personales, disfrutando de una sexualidad sin riesgos.
7. No se reclama más información, se reclama mejor información.
8. Es preciso elaborar campañas de información sexual comenzando a edades precoces, necesarias para una sexualidad sin riesgos.(Torres Robles, 2014)

Campos, Castro, Torres, y Arizaca (2017) realiza *estudio Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH - SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de ICA* por 12 facultades de Universidades públicas de ICA, con el siguiente resultado:

1. Los estudiantes de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, en el año 2017, poseen un nivel intermedio de conocimientos ($50,89 \pm 8,775$).

2. Actitudes ($29,79 \pm 4,747$) y prácticas ($19,88 \pm 10,51$) frente al VIH-SIDA.
3. Los estudiantes del área de ciencias de la salud tienen mayor nivel de conocimientos y prácticas frente al VIH-SIDA respecto a las otras áreas como Ingenierías y Humanidades.
4. El nivel de conocimientos guarda poca asociación con las prácticas frente al VIH-SIDA, pero no con el nivel de actitudes, y aún existen actitudes negativas hacia la persona infectada con VIH. (Campos-Rosas, Castro-Pari, Torres-Romucho, & Arizaca-Oblitas, 2017).

1.2.2. Estudios Nacionales

Rivera Teruel (2016) realiza estudio *Conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención sobre las infecciones de transmisión sexual VIH/Sida en los estudiantes de bachillerato del Instituto Manuel Pagán Lozano*, con los resultados siguientes:

1. De los 48 adolescentes sexualmente activos encuestados, 50% conoce adecuadamente las formas de prevención y transmisión de las ITSVIH/SIDA, se encuentran dentro de un núcleo familiar asume una actitud responsable en cuanto a las formas de recibir la información.
2. Las prácticas se contradicen con los conocimientos y las actitudes que han informado de ellos, un gran porcentaje presenta prácticas de riesgo, como consumir algún tipo de droga (27%), y no usar siempre el condón (44%).
3. La comunicación con sus padres sobre temas de ITS-VIH/SIDA un (69%) no habla de ello. La comunicación de hijos con sus padres es deficiente en algunos temas de educación sexual.

4. El medio del que más reciben información es la televisión y del que les gustaría recibir él es internet.(Rivera Teruel, 2016).

Sandoval, Gutiérrez y Rizo (2015) realizan *estudio Conocimiento y práctica sobre educación sexual que poseen los estudiantes de Quinto Año de las Carreras del Instituto Politécnico de la salud, Polisal*, Por la UNAN-Managua, con los siguientes resultados:

1. En el estudio las características sociodemográficas predominantes fueron Edad de 20 a 24 años con un 88%, en el Sexo predomina el sexo Femenino con un 83%, en la Religión predomina la católica con 45%.
2. El sexo Masculino en un 100% tiene conocimiento de las Partes Externas del Aparato Reprodutor Masculino (pene, glande, prepucio y testículos), en cambio en el sexo femenino el 5% respondió de forma incorrecta.
3. En cuanto al Conocimiento de las Partes Externas e internas del Aparato Reprodutor Femenino y Masculino ambos sexos poseen el mismo conocimiento.
4. Con respecto a los métodos anticonceptivos solo el 55% de todas las carreras del POLISAL de los V años, tienen conocimiento acerca de Métodos anticonceptivos, identificándose que los métodos más utilizados son la inyección mensual y el condón ambos con un 14%, cabe destacar que el 31% de los estudiantes no están utilizando ningún método.
5. Los estudiantes en un 96% poseen Conocimiento sobre las ETS y las Formas de transmisión, sin embargo, se deduce en gran magnitud el problema de mantener relaciones sexuales sin protección.

6. Con relación al conocimiento que tienen del Término Conductas Sexuales, el 92% de los estudiantes encuestados de ambos sexos respondió, que Si tienen conocimiento del Término.
7. Conforme al Tipo de Conductas Sexuales que practican los estudiantes encuestados, el 38% practican Monogamia, mientras que el 36% practican la Abstinencia. Sin embargo, la conducta más segura y eficaz es la Abstinencia.
8. Con relación con la Práctica del Uso de Preservativos el 31% de la población estudiantil encuestada el 30% contestó que, si utilizan preservativos durante las relaciones sexuales, y el 30% no tienen relaciones sexuales todavía.
9. Con relación a las Preferencia Sexual de los estudiantes encuestados, comparten por ser Heterosexual con el 98% en ambos sexos.
10. En la Práctica de Conductas Sexuales Individuales el 54% de los estudiantes no practican Ninguna, pero el 20% de ellos optan por practicar Fantasías Sexuales.
11. Conforme al tipo de Relaciones Sexuales que han usado, el 54% de los estudiantes encuestados dijo ser Vía Vaginal. (Sandoval Velasquez, Gutierrez Palma, & Rizo Oporta, 2015).

García (2014) realiza estudio *Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes entre 13 y 20 años en 6 barrios de Managua*, por CIES UNAN-Managua, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Las características socio – demográficas de las y los adolescentes y jóvenes estudiados viven en barrios urbanos y están en el rango de 13 a 20 años de edad, considerando que fue realizado un estudio de base con adolescentes de 13 a 18 años y uno de cierre que incluyó jóvenes que tenían 18 al inicio de la intervención.

2. Las y los adolescentes en su mayoría asisten a la escuela, llevando un nivel adecuado de escolaridad de acuerdo a su edad, sin embargo, parte de las adolescentes y jóvenes que han estado o están embarazadas o los muchachos han embarazado a su pareja, lo que les ha limitado los estudios actualmente.
3. Las y los adolescentes que profesan una religión en su mayoría le dan importancia, sin embargo, hay un grupo bastante amplio que no tienen ninguna, es decir, se encuentran vacíos espiritualmente.
4. La mayoría de las adolescentes que se embarazan finalizan el mismo, sin embargo, un reducido porcentaje se practica aborto a pesar de ser ilegal y conocerse que es una de las principales causas de muerte materna.
5. Las condiciones del entorno familiar reflejan que en su mayoría viven con su madre, de las cuales un tercio fue madre adolescente. Así mismo, permanecen con su madre en su mayoría cuando se han embarazado, pero cerca de la mitad no viven con su papá.
6. Conducta Sexual en la mayoría de las y los adolescentes inician su vida sexual espontáneamente entre los 14 y los 16 años, habiendo disminuido en este grupo e incrementado al final del proyecto en los de 17 – 18 años, por ser el grupo mayormente encuestado. Casi la mitad han tenido una sola pareja, las relaciones sexuales son esporádicas y las sienten especial, sin embargo, de los que tienen más parejas al final del proyecto, aumentaron los que han tenido relaciones sexuales sin estar enamorados y que tuvieron más de 5 parejas, lo que continúa siendo una conducta insegura y de riesgo.
7. Se puede considerar que los adolescentes con las actividades del proyecto han recibido información, compartido experiencias, aprendido sobre un mejor

comportamiento y actitud ante la vida, pero la duración del proyecto fue muy limitada para poder incidir en cambios de comportamientos, ya que requiere de afianzar conocimiento, sensibilizar, educar y practicar en el tiempo para hacerlo propio.

8. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos los adolescentes conocen los diferentes métodos anticonceptivos, pero el más utilizado es el condón, el cual incrementó al final del proyecto. Sin embargo, todavía está por debajo de la mitad de los entrevistados, considerándose muy bajo su uso y la disposición de portarlos en todo momento, ya que casi en la totalidad de los que inician vida sexual antes de los 16 no usan ni andan, pero los mayores a 16 cerca de la mitad no lo portan y solo un tercio lo usa con frecuencia.
9. El uso de anticonceptivos se ha diversificado, pero todavía un alto porcentaje no los usan, siendo necesario continuar con campañas masivas de promoción de los mismos.
10. La Participación en las actividades fueron orientadas basadas en el interés principal de las y los adolescentes, las cuales contribuyeron a motivar, informar, educar, retroalimentar y compartir, como forma efectiva de transmitir conocimientos.(García Bucardo, 2014).

Taleno (2013) realiza estudio de *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA en estudiantes* por la Universidad Hispano Americana, en donde se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Dentro de las características socio demográficas de los estudiantes del turno dominical de la universidad. La mayoría de los estudiantes son mayores de 23 años, predominando el sexo femenino, solteros, de primero y segundo año de estudio, son dedicados únicamente al estudio, católicos y de procedencia urbana.

2. Los conocimientos que tienen los estudiantes sobre la enfermedad indican que los estudiantes manejan buena información ya que en su mayoría respondieron correctamente a las preguntas, sin embargo aún existe un grupo significativo que dió respuestas equivocadas o que consignó desconocimiento de información principalmente relacionado a las formas de transmisión tal es el hecho de pensar que el VIH/SIDA se puede adquirir compartiendo cuchillos, tenedores y vasos con alguien que porta la enfermedad, al sentarse en la tasa del inodoro o letrina que haya sido ocupada por una persona con el VIH y que la transmisión se evita haciendo ejercicio regularmente.
3. La actitud que tienen los estudiantes frente a la enfermedad en su mayoría es adecuada, sin embargo, existe un porcentaje de ellos que piensa que es peligroso interactuar con una persona infectada con el VIH y que las personas con el VIH – SIDA deben ser aisladas.
4. En cuanto a las prácticas sexuales en la mayoría son seguras, sin embargo solo un mínimo porcentaje práctica la fidelidad, un alto porcentaje práctica las relaciones sexuales anales y existe un pequeño porcentaje que ha tenido relaciones sexuales con una persona con el VIH.(Taleno Espinoza, 2013).

Orozco y Sirias (2014) realizan estudio *Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de infecciones de transmisión sexual en mujeres de 10-40 años, usuarias del puesto de salud Agustín Winchang* por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua con los siguientes resultados:

1. Las mujeres entrevistadas tenían predominio del conocimiento regular y la actitud

2. favorable que puede prevenir padecer ITS es lo más evidentes en la población estudiada.
3. Las prácticas sexuales considerada de menor riesgo se daba en el 70.0% de las
4. entrevistadas dentro de esta situación estaba el uso de preservativo o negociar su uso al tener relaciones sexuales.
5. Ellos lograron demostrar que existe disociación entre el nivel de conocimiento, la actitud y prácticas sexuales de riesgo.
6. Queda demostrado que más de 35.0% tienen conocimiento regular sobre las ITS, pero su actitud es favorable a prevenirla y tienen prácticas de riesgos menores. (Delgado Orozco & Pérez Sirias, 2014).

Pavón López, Y. D. S. (2015). *Conocimiento, actitudes y prácticas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes del 11° grado, Colegio Público del Poder Ciudadano Experimental México Managua, I-II Semestre*, realizado por la UNAN- Managua, donde se encontraron los siguientes resultados:

1. Se describieron los factores sociodemográficos, predominando el sexo femenino en esta población, el 5% de ellos no han recibido información acerca de las ITS.
2. En los conocimientos se destacaron que poseen poca información de las ITS principalmente en las medidas de prevención, aunque refieren que sus fuentes de información han sido la escuela, campañas de prevención y afiches, al parecer no es suficiente para prevenir las incidencia y prevalencia de las ITS.
3. Las actitudes respondieron según sus costumbres e ideologías, son muy diversas, tanto de pensar y de actuar, en dónde se observó que los que predominan al tener

relaciones sexuales sin protección son los varones al ser más espontáneos en sus respuestas.

4. En las prácticas reconocen cuales son las de riesgo y las medidas que se deben de tomar ante la existencia de alguna de ellas, sin embargo, es muy poca información la que poseen, estas las han aprendido de su entorno por medio de experiencias y preguntas entre los grupos sociales y que saben que son de riesgo, pero esto no es suficiente para evitar tomar las precauciones pertinentes. (Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015).

Jiménez (2016) realiza estudio *Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH en estudiantes de quinto año de Medicina*, por la Universidad Católica, obteniéndose los siguientes resultados:

1. Hay inexactitudes en conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH por parte de los estudiantes, y según el puntaje general calculado la calificación de los objetivos
2. Se encuentra entre: Buena (77%) en conocimientos, regular (60%) en actitud, y Deficiente (59%) en la práctica ante el riesgo de transmisión del VIH.
3. Con relación a la edad de los estudiantes, prevaleció la edad de 18 a 24 años.
4. Grupo de edad donde la incidencia del VIH tiene su mayor ocurrencia.
5. El sexo que predominó fue el femenino, sin embargo, los estudiantes masculinos mostraron mayor comportamiento sexual de riesgo al haber tenido mayor práctica sexual, en los diversos tipos de práctica sexual (vaginal, oral y anal).
6. En conocimientos, las mayores equivocaciones en conocimientos fueron en principios de consejería y en la atención de las personas seropositivas como personal de salud.

7. En actitudes, las mayores equivocaciones en actitud fueron en principios de consejería, sobre el estigma y la discriminación y en la atención a las personas con VIH.
8. Su mayor preocupación es el infectarse con VIH por vía sanguínea.
9. En las prácticas sexuales ante el VIH, el mayor problema fue en el poco uso del condón según el tipo de práctica sexual.(Jiménez García, 2016).

1.3. Justificación

En Nicaragua, el VIH/ Sida, se presenta como una epidemia concentrada en la población general, el total de personas con VIH no llegan al 1 %, sin embargo, hay grupos en los que las tasas de prevalencia sobrepasan el 7 % a nivel nacional con una prevalencia mayor al 5% en poblaciones según el Compendio de Estadísticas Vitales (2016). Existen insuficientes conocimientos según datos de ENDESA 2016, el 90% de las mujeres conocen o han oído hablar de las ITS, los menores porcentajes corresponden a Jinotega y la RANN. El 99 % de las mujeres entrevistadas conocen o han escuchado hablar del VIH y Sida, sin embargo, solo el 80% lo menciona en forma espontánea como una ITS, estas en su mayoría residen en el área urbana (82%) en comparación con las del área rural (78 %). Por departamentos el mayor porcentaje es entre las mujeres de León (86 %), en cambio solo el 66 % de la RAAN mencionan espontáneamente el VIH/sida. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2016).

Con este estudio se pretenden ser parte de una solución a la problemática de salud que vive nuestra sociedad, dando un enfoque preventivo promovido para que desde las autoridades universitarias se reduzcan los mitos y tabús con el diseño de estrategias educativas en las ITS y VIH / Sida abordadas desde el pensum universitario y a los jóvenes universitarios les servirá para llevar una plena y responsable sexualidad evitar daños permanentes.

Esta investigación pretende apoyar las estrategias educativas identificando las brechas de los conocimientos y prácticas de los estudiantes universitarios y así lograr cambios en el comportamiento humano con riesgo de adquirir ITS a través de las relaciones sexuales e incidir en ellos para crear conciencia en la toma de decisiones en cuanto a una sexualidad más responsable.

1.4.Planteamiento del problema

Las Infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, Nicaragua no escapa de estas cifras; el inicio prematuro a la actividad sexual, la realización de prácticas de riesgo asociada a la falta de educación sexual correcta, la población joven no dimensiona los problemas de salud que aparecen en edades posteriores. poca o nula comunicación con sus padres además de la extensión, magnitud y consecuencias de dicho problema.

Según ENDESA 2011-2012 la tasa de prevalencia del VIH/ Sida es 0,21 y la incidencia de 32. En comparación con el año 2011, se observa una disminución de 5 puntos porcentuales. Según sexo el 34,5% (2,305 mujeres) y 65,5% (4.379 hombres), manteniéndose la relación hombre mujer de 1,89 a 1. Según registros del Componente de ITS/VIH al 2012 se identificaron y confirmaron un total de 1.011 personas afectadas por VIH, según condición, el 88.4 % (N=894) son VIH, 3.8 % (N=39) desarrollaron enfermedad avanzada del VIH y 7.7% (N=78) fallecieron. Se tiene una cobertura de tratamiento ARV de 71% en 2012, donde 90% de las personas con VIH son tratadas con esquemas de primera línea.(Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2016)

Las altas tasas de jóvenes infectados por ITS y VIH/Sida son alarmantes, sumado a la falta de educación sexual en las áreas tempranas educativas, la renuencia al uso del preservativo (condón), constituye un obstáculo para cualquier posible estrategia de prevención de dichas patologías.(Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2014)

La situación actual constituye un reto para las instituciones y la sociedad nicaragüense, se requiere un cambio en los comportamientos y prácticas de población en riesgo para reducir la vulnerabilidad del país a la epidemia de ITS y VIH/Sida. Es necesario mejorar los sistemas

nacionales de vigilancia epidemiológica y la realización de estudios de prevalencia que permitan disponer de estimados más reales del alcance de esta epidemia en el país.

Dada las consecuencias permanentes de algunas de estas patologías, es de vital importancia incidir en su prevención y se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019?

Y las siguientes preguntas directrices:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población a estudio?
2. ¿Cuáles son los conocimientos de las ITS y VIH/Sida en la población en estudio?
3. ¿Cuáles son las prácticas de riesgo del grupo en estudio ante las ITS y VIH/Sida?

1.5.Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Describir los conocimientos y prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura Materno infantil del Instituto Politécnico de la salud UNAN –Managua, Octubre 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio demográficamente a la población a estudio.
2. Identificar los conocimientos de las ITS y VIH/Sida en la población en estudio.
3. Describir las prácticas de riesgo de la población en estudio sobre las ITS y VIH/Sida.

1.6.MARCO TEORICO

1.6.1. Infecciones de transmisión sexual

Se sabe que hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes que se transmiten por contacto sexual. Según las últimas estimaciones de la OMS, 51 millones de personas sexualmente activas de 15 a 49 años de edad en las Américas tienen una ITS fácilmente curable. Las ITS pueden tener importantes consecuencias para la salud, incluidos síntomas en los genitales, complicaciones durante el embarazo, infertilidad, aumento en la probabilidad de transmisión del VIH y efectos psicosociales.(PAHO, 2016).

Entre los más de 30 agentes patógenos que se sabe se transmiten por contacto sexual, ocho se han vinculado a la máxima incidencia de enfermedades. De esas ocho infecciones, cuatro son actualmente curables, a saber, sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Las otras cuatro, hepatitis B, herpes, VIH y VPH, son infecciones virales incurables que, no obstante, se pueden mitigar o atenuar con tratamiento.(OMS, 2019)

Muchas ITS, especialmente clamidiasis, gonorrea, hepatitis B, VIH, VPH, HSV2 y sífilis, se pueden transmitir también de la madre al niño durante el embarazo y el parto. (OMS, 2019).

Estas enfermedades conllevan a las siguientes complicaciones:

Gonorrea y Clamidia en Mujeres:

- Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- Embarazo Ectópico
- Esterilidad

Gonorrea y Clamidia en Hombres:

- Epididimitis
- Esterilidad

Gonorrea y Clamidia en neonatos

- Infecciones oculares y pulmonares

Sífilis

- Abortos, mortinatos, muerte perinatal, Sífilis Congénita

Trichomoniasis

- Ruptura Prematura de Membranas, parto prematuro, Bajo peso al nacer

Infección por Virus del Papiloma Humano

- Neoplasias del aparato reproductor en ambos sexos.(Viera, Valdés, & Martínez, 2009) (Viera et al., 2009)

Por lo tanto, a nivel mundial, los esfuerzos para detener la epidemia de ITS están guiados por la Estrategia Mundial de la Salud del Sector de Salud de las ITS, 2016-2021, que proporciona objetivos, metas y acciones prioritarias. A nivel regional, el Plan de Acción para la Prevención y el Control del VIH y de las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021 apoya una respuesta acelerada, enfocada, más eficaz, innovadora y sostenible por los países de las Américas, allanando el camino hacia el objetivo de poner fin a las epidemias de SIDA y de las ITS como problemas de salud pública para 2030. (PAHO, 2016)

Una persona puede tener una ITS sin presentar síntomas obvios de la enfermedad. Los síntomas comunes de las ITS son exudado vaginal, exudado uretral o ardor en los hombres, úlceras genitales y dolor abdominal.(PAHO, 2016)

Dentro de las Infecciones de Transmisión sexual tenemos:

Clamidiosis

La infección por la bacteria Chlamydia Trachomatis es la infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana más frecuente en todo el mundo, y se da con mayor frecuencia en adultos jóvenes sexualmente activos. La clamidiosis se transmite al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con una persona con infección por clamidias, o bien de madre a hijo durante el parto.(PAHO, 2016)

Aproximadamente 70% de las mujeres y 50% de los hombres no muestran ningún síntoma de las infecciones genitales debidas a clamidias. C. trachomatis causa cervicitis en las mujeres y uretritis en los hombres, así como infecciones extragenitales, como las infecciones rectales u orofaríngeas. La infección por clamidias no tratada puede causar complicaciones graves en el aparato reproductor superior, principalmente en las mujeres jóvenes, como embarazo ectópico, inflamación de las trompas de Falopio o infertilidad. La infección materna comporta resultados adversos graves en los recién nacidos, como parto prematuro, peso bajo al nacer, infección ocular, infección nasofaríngea o neumonía. El diagnóstico de la clamidiosis se basa generalmente en los análisis de laboratorio, con el empleo de muestras de orina o de muestras obtenidas con hisopos. La infección por clamidias no complicada

puede curarse fácilmente con antibióticos y generalmente se resuelve en días o semanas.(PAHO, 2016)

El **linfogranuloma venéreo (LGV)** es una enfermedad que consiste en una úlcera genital (EUG) que afecta el tejido linfático y es causada por la cepa (serovariedad) más invasora de *Chlamydia trachomatis*. Tiene una prevalencia cada vez mayor en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en algunos entornos.(PAHO, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el 2012 hubo 131 millones de nuevos casos de infección por clamidias en adultos y jóvenes de 15 a 49 años en todo el mundo, con alrededor de 128 millones de casos ya existentes. El número más alto de casos se registra en la Región de las Américas y en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. (PAHO, 2016)

Herpes Genitales

La infección por el virus del herpes simple, a la que se denomina generalmente herpes, puede deberse al virus del herpes simple de tipo 1 (VHS-1) o al virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2). El VHS-1 se transmite principalmente por contacto de boca a boca y causa una infección en la boca o alrededor de ella (herpes bucal o labial). El VHS-2 se transmite casi exclusivamente por vía sexual y causa una infección en el área genital o anal (herpes genital). Sin embargo, el VHS-1 también puede transmitirse al área genital a través del contacto bucogenital y causar un herpes genital. En circunstancias muy poco frecuentes, el herpes genital puede transmitirse de la madre al hijo durante el parto.(PAHO, 2016)

La mayor parte de las infecciones genitales por herpes son asintomáticas o pueden producir síntomas leves que pasan desapercibidos. En un 10-25% de las infecciones primarias, el herpes genital se caracteriza por la presencia de una o varias vesículas o úlceras genitales o anales, generalmente de 4 a 7 días después del contacto sexual. El VHS genital sintomático es un trastorno que persiste durante toda la vida y que puede caracterizarse por reapariciones sintomáticas frecuentes. La infección genital por herpes se diagnostica a menudo clínicamente. Sin embargo, son necesarios análisis de laboratorio para diferenciar el VHS-1 del VHS-2. Cuando no hay vesículas, se puede necesitar confirmación de laboratorio para descartar otras causas de úlceras genitales. En la actualidad no hay curación ni vacuna para el herpes. Los medicamentos antivirales son el tratamiento más eficaz disponible para las personas infectadas por el herpes genital. Estos medicamentos pueden ser útiles para reducir la gravedad y la frecuencia de los síntomas, pero no permiten curar la infección. (PAHO, 2016)

La infección por el VHS-2 es la causa más frecuente de la enfermedad de úlcera genital (EUG) recurrente en todo el mundo. Además, la infección por el VHS-2 tiene un especial interés debido a su sinergia epidemiológica con la infección por el VIH y la transmisión de este. Las personas con infección por el VHS-2 tienen una probabilidad de contraer el VIH aproximadamente tres veces superior y las personas que presentan una infección tanto por el VIH como por el VHS genital tiene una mayor probabilidad de transmitir el VIH a otras personas. El VHS-2 es transmitido a menudo por personas que no saben que tienen la infección y que están asintomáticas en el momento del contacto sexual.

Gonorrea

La gonorrea, causada por *Neisseria Gonorrhoeae*, es la segunda ITS bacteriana más frecuente y da lugar a una notable morbilidad y a un costo económico sustancial en todo el mundo. La gonorrea se transmite a través de las relaciones sexuales vaginales, anales u orales sin protección con una persona que tenga gonorrea, o bien de la madre al hijo durante el parto. El uso correcto y uniforme de condones reduce significativamente el riesgo de transmisión sexual.(PAHO, 2016)

La gonorrea es a menudo asintomática en las mujeres. Si no se la trata, la infección gonorreica puede causar complicaciones graves. Los hijos de madres con gonorrea pueden contraer una conjuntivitis (infección ocular) neonatal, que puede conducir a la formación de cicatrices y ceguera. El diagnóstico se lleva a cabo preferentemente por medio de un análisis de laboratorio. Sin embargo, dado que en muchos países no se dispone de pruebas de laboratorio para el diagnóstico, este se realiza a menudo en función de la presencia de síntomas como la secreción vaginal y uretral.(PAHO, 2016)

De todas las ITS, la gonorrea es la más resistente a los antibióticos. Se ha descrito en todo el mundo un aumento de la resistencia a la mayor parte de los antibióticos utilizados para tratar las infecciones gonorreicas, lo que plantea la inquietud de que aparezcan casos de infección gonocócicas que no sean tratables, con consecuencias graves para la salud sexual y reproductiva. En la medida de lo posible, los países deben actualizar sus directrices nacionales para el tratamiento de la infección gonocócica basándose en una vigilancia de la resistencia reciente a los antimicrobianos. Si no se dispone todavía de una vigilancia local en funcionamiento sobre la resistencia a los antimicrobianos, la OPS insta a los países a aplicar

la versión más reciente de las directrices de la OMS para el tratamiento de *N. Gonorrhoeae*.(OMS, 2019)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el 2012, se produjeron 78 millones de nuevos casos en adolescentes y adultos de 15 a 49 años en todo el mundo, con una tasa de incidencia mundial de 19 por 1000 mujeres y de 24 por 1000 hombres. La prevalencia estimada de 27 millones de casos de gonorrea en el 2012 se tradujo en una prevalencia mundial de gonorrea de un 0,8% en las mujeres y de un 0,6% en los hombres de 15 a 49 años. Se detecta una coinfección con *Chlamydia trachomatis* en un 10–40% de las personas con gonorrea en todo el mundo.(PAHO, 2016)

Virus del Papiloma Humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus frecuente, de transmisión sexual. Si no han sido vacunadas, la mayoría de las personas tendrán una infección por el VPH en algún momento de su vida. El VPH es la infección viral más frecuente del aparato reproductor y es causa de diversos trastornos, tanto en los hombres como en las mujeres, incluidas ciertas lesiones precancerosas que pueden progresar a un cáncer y las verrugas genitales. Aunque la mayor parte de las infecciones por el VPH no causan síntomas y desaparecen espontáneamente, la infección persistente por el VPH puede dar lugar a enfermedades. En las mujeres, la infección persistente por ciertos tipos de VPH específicos (los más frecuentes son el VPH-16 y el VPH-18) puede conducir a lesiones precancerosas que, si no se tratan, pueden progresar a un cáncer cervicouterino. La infección por el VPH se asocia también a cánceres orofaríngeos y anogenitales, así como a otros trastornos tanto en hombres como en mujeres.(PAHO, 2016)

Hay más de 100 tipos de VPH, y cada uno se identifica mediante un número. Algunos tipos de VPH pueden causar verrugas genitales o anales, pero no causan cáncer. Las verrugas genitales son protuberancias visibles, blandas, húmedas y del color de la piel. Las verrugas genitales causadas por el VPH pueden desaparecer espontáneamente o pueden requerir tratamiento.(PAHO, 2016)

Se han autorizado tres vacunas inocuas y sumamente eficaces para prevenir la infección por los tipos de VPH de alto riesgo: bivalente, tetravalente y nonavalente. Estas vacunas son también sumamente eficaces en la prevención de las lesiones precancerosas del cuello uterino. En conjunto, los tipos 16 y 18 del VPH son responsables de aproximadamente un 70% de los casos de cáncer cervicouterino a nivel mundial. Las vacunas tetravalente y nonavalente son también sumamente eficaces en la prevención de las verrugas genitales y anales. La OMS recomienda que todos los países procedan a la introducción de la vacunación contra el VPH a nivel nacional.(PAHO, 2016)

Prácticamente todos los casos de cáncer cervicouterino (99%) están relacionados con una infección genital por el VPH. La infección por el VPH causa cada año 72.000 casos de cáncer cervicouterino y 34.000 muertes debidas a cáncer cervicouterino en la Región de las Américas (datos del 2018). Las estimaciones de la OMS indican que la prevalencia regional del VPH es de un 16,1% al 2017. Si se mantienen las tendencias actuales, se prevé que el cáncer cervicouterino aumente en América Latina y el Caribe en un 27% por lo que respecta al número de nuevos casos y en un 34% por lo que respecta al número de muertes para el 2030. En el 2017, 35 países y territorios de la Región habían introducido la vacunación contra el VPH para las niñas de 9 a 14 años en sus programas nacionales de vacunación. A pesar de la alta prevalencia de las lesiones anales relacionadas con el VPH en las personas con

infección por el VIH, estos grupos poblacionales no se priorizan todavía en los programas de vacunación contra el VPH y la mayoría de los países tienen tan solo una capacidad limitada de tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las lesiones relacionadas con el VPH. (PAHO, 2016)

Dentro de sus principales características están: El VPH tiene más de 150 tipos, los cuales están agrupados según su sitio preferente de infección, sea la piel o las mucosas.

- La mayoría de los tipos de VPH son benignos y se manifiestan por medio de la presentación de verrugas en la piel o mucosas.
- Algunos tipos como el VPH-16 y VPH-18 son considerados de alto riesgo y causan cáncer de cérvix uterino, cáncer de pene, cáncer de ano, carcinoma orofaríngeo y cánceres de cabeza y cuello.
- Otros tipos de alto riesgo son el 31 y 33.
- La mayor prevalencia de VPH en tejido de cérvix uterino se encuentra en África, seguida de Latinoamérica y el Caribe (LAC).
- Se estima que una de cada 100 mujeres tendrá cáncer de cuello uterino antes de los 75 años en los países en vías de desarrollo.
- Actualmente se cuenta con tres tipos de vacunas para prevenir la infección por VPH, la vacuna bivalente (incluye los tipos 16 y 18), la cuadrivalente (los tipos 6, 11, 16 y 18) y la nueve-valente (los tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58).(OPS/OMS, 2017)

El Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre enfermedades inmunoprevenibles (GTA) en el 2017 (GTA) reiteró la importancia de priorizar las altas coberturas de vacunación en niñas adolescentes, especialmente en el intervalo de edad de 9 a 14 años, con el uso de dos dosis

separadas por un intervalo mínimo de 6 meses, sugiriéndose no pasar de 15 meses. El GTA alienta a los países y territorios de la Región que aún no la han introducido a evaluar la factibilidad de introducirla a través del análisis de su costo-efectividad entre otros criterios relevantes.(OPS/OMS, 2017)

La vacuna contra VPH se pone en nuestro país de manera privada y no toda la población tiene acceso a ella por los altos costos.

Sífilis

La sífilis es una infección bacteriana causada por *Treponema Palladium* que da lugar a una morbilidad y mortalidad sustanciales. Se trata de una infección de transmisión sexual (ITS) que generalmente se transmite por el contacto con úlceras infecciosas presentes en los genitales, el ano, el recto, los labios o la boca; por medio de las transfusiones de sangre, o mediante la transmisión materno-infantil durante el embarazo. El uso correcto y uniforme de preservativos reduce significativamente el riesgo de infección. La transmisión materno-infantil de la sífilis (sífilis congénita) es prevenible y puede alcanzarse a través de una detección y tratamiento tempranos. El diagnóstico de la sífilis se basa generalmente en la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio. La sífilis no complicada puede curarse fácilmente con antibióticos. Sin embargo, si no se la trata, la enfermedad persiste durante años y causa problemas graves de salud.(PAHO, 2016)

La sífilis aumenta el riesgo de infectarse por VIH en dos a tres veces en algunos grupos poblacionales y aproximadamente un 50% de las embarazadas con sífilis no tratadas transmiten la infección a su hijo antes del nacimiento, por lo que las medidas de protección son de vital importancia.

La OMS estima que en el 2016 se produjeron en todo el mundo 5,6 millones de nuevos casos de sífilis en adolescentes y adultos de 15 a 49 años, con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por 1000 mujeres y 1,5 casos por 1000 hombres. La prevalencia total estimada de 18 millones de casos de sífilis en el 2012 se tradujo en una prevalencia mundial del 0,5% en las mujeres y del 0,5% en los hombres de 15 a 49 años.(PAHO, 2016)

Tricomoniasis

La tricomoniasis, causada por el parásito protozoario *Tricomonas* vaginales, es la infección de transmisión sexual (ITS) curable más frecuente a nivel mundial. En comparación con la infección por clamidias y otras ITS con tasas de prevalencia mayores en las mujeres de 15 a 25 años, las infecciones por tricomas parecen alcanzar un máximo en una fase considerablemente más avanzada de la vida (entre los 40 y los 50 años). La infección es asintomática en al menos un 50% de las mujeres y un 70-80% de los hombres.

La tricomoniasis sintomática se manifiesta por una secreción vaginal o uretral, dolor pelviano, disuria (micción dolorosa) y picor en los genitales. La infección por tricomas en las embarazadas puede causar resultados adversos en el embarazo, en especial la ruptura de aguas prematura, el parto prematuro y el peso bajo al nacer. Aunque los hombres son portadores del parásito, rara vez presentan síntomas de la infección, aunque puede haber una uretritis. En los pacientes con tricomoniasis, es aconsejable el tamizaje para otras enfermedades de transmisión sexual siempre que los recursos disponibles lo permitan. La tricomoniasis se trata con antibióticos. Las infecciones en los recién nacidos suelen resolverse espontáneamente en unas pocas semanas.(PAHO, 2016)

Se ha observado que las ITS no ulcerosas, como la gonorrea, la infección por clamidias y la tricomoniasis, aumentan la transmisión de las ITS, incluida la transmisión y el contagio del VIH.(PAHO, 2016)

Manejo sintromico de las infecciones de transmision sexual

Muchos centros de atención de salud de los países en desarrollo carecen del equipo y el personal capacitado que son necesarios para el diagnóstico etiológico de las ITS (con el empleo de pruebas de laboratorio para identificar el agente causal). En los lugares en los que no se disponga de un laboratorio ni de pruebas diagnósticas en el lugar de atención, debe promoverse un método basado en el manejo sintromico de los pacientes con ITS. Con el enfoque de manejo sintromico, el tratamiento accesible, asequible y eficaz de las personas con ITS se basa en la utilización de diagramas de flujo (algoritmos) para cada síndrome de ITS. Los diagramas de flujo permiten establecer el diagnóstico de los síndromes de ITS frecuentes, proporcionan tratamientos actuales apropiados a las características del país, recomiendan el manejo a utilizar respecto a las parejas sexuales, y resaltan la importancia de la realización de pruebas del VIH en la misma consulta. Los diagramas de flujo deben basarse preferentemente en los datos locales etiológicos y de sensibilidad a los antimicrobianos. De no haberlos, deben usarse las recomendaciones de tratamiento de la OMS.(PAHO, 2016)

El manejo sintromico de los casos permite a todos los prestadores de atención de salud de primera línea adecuadamente capacitados diagnosticar un síndrome de ITS y tratar a los pacientes en la primera consulta, con lo que se ayuda a prevenir la mayor diseminación de las ITS en los lugares en los que no se dispone de un diagnóstico etiológico. El manejo sintromico de los casos incluye también la educación sobre salud del paciente (acerca de la

infección, la forma en la que se transmiten las ITS, los comportamientos sexuales de riesgo y la forma de reducir el riesgo), el manejo de las parejas y proporcionar preservativos.(PAHO, 2016)

El tratamiento basado en este enfoque se elige de manera que cubra los patógenos principales causantes de los síndromes en la zona geográfica específica de que se trate. Para tomar esta decisión, se realiza un análisis de laboratorio de los síndromes y se determinan los patrones de cada uno de ellos. Esto hace que el manejo de cada paciente individual no dependa de los resultados de un análisis de laboratorio. De forma periódica se vuelven a examinar los síndromes con una doble finalidad: asegurar que las decisiones de elección de fármacos antimicrobianos continúen siendo válidas y vigilar la posible aparición de resistencias a los antimicrobianos. Si no se realiza este examen, el enfoque sindrómico pierde su base científica. (PAHO, 2016)

Síndrome	Síntomas	Signos	Causas más frecuentes
Secreción uretral	Secreción uretral Disuria (dolor durante la micción) Micción frecuente	Secreción uretral (de ser necesario, pedir al paciente que exprima la uretra)	Gonorrea Clamidiosis
Flujo vaginal	Flujo vaginal no habitual Picor vaginal Disuria (dolor durante la micción) Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales)	Flujo vaginal anormal	Tricomoniasis Candidiasis Gonorrea Clamidia
Úlcera genital	Dolor genital	Úlcera genital	Sífilis Chancro blando Herpes genital

Secreción uretral

Los pacientes varones que refieren una secreción uretral o disuria (dolor durante la micción) deben ser examinados para detectar posibles signos de secreción. Las ITS graves que causan una secreción uretral son la gonorrea y la infección por clamidia. En el manejo sintomático, el tratamiento de un paciente con secreción uretral debe abarcar adecuadamente estas dos ITS. Si se dispone de medios de laboratorio fiables, puede establecerse la distinción entre estos dos gérmenes y puede aplicarse un tratamiento específico. Los síntomas persistentes o recurrentes de uretritis (inflamación de la uretra) pueden deberse a una resistencia farmacológica, un mal cumplimiento del tratamiento o una reinfección. Si los síntomas persisten o reaparecen después de un tratamiento adecuado para la gonorrea y para la infección por clamidias en el paciente y en su pareja o parejas, se le debe dar tratamiento para la tricomoniasis si en la zona geográfica se dan casos de esta ITS.(PAHO, 2016)

Flujo vaginal

Cuando una mujer refiere de forma espontánea un flujo vaginal anormal (en cuanto a cantidad, color u olor), lo más frecuente es que se deba a una infección vaginal, aunque también puede ser debido a una ITS como la infección por clamidias o la gonorrea. La detección de estas ITS resulta difícil porque un elevado porcentaje de las mujeres con gonorrea o infección por clamidias son asintomáticas. En las mujeres que consultan por secreción, se puede intentar identificar a las que tienen una mayor probabilidad de infección por gonorrea, clamidias o ambas. Para identificar a las mujeres con un mayor riesgo de sufrir una ITS, puede ser útil una evaluación del nivel de riesgo de la mujer, en especial cuando los factores de riesgo están adaptados a la situación local. El conocimiento de la prevalencia

local de la gonorrea o la infección por clamidias en las mujeres que presentan secreción vaginal es importante a la hora de tomar la decisión de tratarlas por una ITS. Cuanto mayor es la prevalencia, más justificado está el tratamiento. En las mujeres con una evaluación del riesgo positiva hay una mayor probabilidad de infección cervical que en las que tienen una evaluación del riesgo negativa. Así pues, a las mujeres con flujo vaginal y una evaluación del riesgo positiva se les debe ofrecer un tratamiento para la gonorrea y para la infección por clamidias.

En algunos países, los diagramas de flujo para el manejo sindrómico se han usado como herramienta de tamizaje para detectar las ITS en mujeres que no refieren manifestaciones genitales (por ejemplo, en entornos de planificación familiar). Aunque esto puede facilitar la detección de algunas mujeres con ITS, es probable que comporte un sobrediagnóstico sustancial.(PAHO, 2016)

Enfermedad de úlcera genital (EUG)

La prevalencia relativa de las infecciones que causan úlceras genitales varía considerablemente en diferentes partes del mundo y puede cambiar extraordinariamente con el transcurso del tiempo. La distinción entre enfermedades con síntomas similares de úlceras genitales resulta con frecuencia inexacta. Además, los síntomas y los patrones de las úlceras genitales pueden verse modificados en presencia de una infección por el VIH.

Tras una exploración para confirmar la presencia de úlceras genitales, debe administrarse un tratamiento apropiado al entorno y los patrones de sensibilidad antimicrobiana locales. Por ejemplo, en las zonas en las que hay una prevalencia tanto de sífilis como de chancro blando, los pacientes con úlceras genitales deben ser tratados para ambos trastornos en el momento

de la presentación inicial, con objeto de asegurar que se ha aplicado un tratamiento adecuado en caso de que haya una pérdida del seguimiento.

Los informes de América Latina indican que la enfermedad de úlcera genital (EUG) se debe con mayor frecuencia a infecciones por el virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2). Esto tiene consecuencias por lo que respecta a la eficacia del manejo sintomático de la EUG si no se contempla un tratamiento antiviral específico para el VHS-2. (PAHO, 2016)

1.6.2. VIH - Sida

El virus de Inmunodeficiencia Humana es la enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario (de las defensas del organismo), producida por un virus descubierto en 1983 y denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La definen alguna de estas afecciones: ciertas infecciones, procesos tumorales, estados de desnutrición severa o una afectación importante de la inmunidad.

Algunas personas con infección del VIH no presentan ningún síntoma; algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el Sida completamente desarrollado, muchos son portadores durante varios años y no llegan a desarrollar la enfermedad.

La palabra SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, es la fase más grave de la infección por VIH que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye un cierto tipo de linfocitos (denominado células CD4 o células

T), células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo, con el tiempo, termina provocando complicaciones y la muerte.

Sin el tratamiento antirretroviral las personas infectadas con VIH desarrollarían el Sida en un promedio de 10 a 12 años después de la infección inicial.

Dentro de los síntomas más frecuentes encontrados tenemos:

- Aftas (un revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca).
- Dolor de garganta.
- Infecciones graves por hongos.
- Enfermedad pélvica inflamatoria crónica.
- Infecciones graves recurrentes.
- Cansancio persistente, mareos y aturdimiento.
- Dolores de cabeza.
- Pérdida repentina de peso.
- Formación de hematomas con más frecuencia de lo normal.
- Diarrea, fiebre, o sudores nocturnos durante mucho tiempo.
- Glándulas inflamadas o duras en la garganta, las axilas o la ingle.
- Episodios de tos seca y profunda.
- Sensación de falta de aire.
- Protuberancias violáceas en la piel o en la boca.
- Sangrado de la boca, la nariz, el ano o la vagina.
- Erupciones de la piel.
- Adormecimiento de las manos o los pies, pérdida del control sobre los músculos y los reflejos, incapacidad de movimiento y pérdida de fuerza muscular.

Factores de riesgo

- Las personas con más riesgo de contraer el VIH/Sida son aquellas que:
- Comparten agujas y jeringas contaminadas
- Tienen enfermedades de transmisión sexual
- Práctican el sexo anal con su pareja
- Ofrecen sexo a cambio de dinero o drogas
- Tienen relaciones coitales con varias personas
- Tienen obligaciones profesionales que los mantienen alejados/as de los cónyuges
- Personas que tienen contacto sexual con personas de otro país
- Ingestión de bebidas alcohólicas y uso de drogas
- Contacto sexual íntimo con personas que conviven con el VIH/Sida

Factores Sociales de riesgo

- Analfabetismo
- Falta de conocimiento de medidas preventivas
- Factores biológicos de riesgo
- Es dos veces más fácil para las mujeres contraer el VIH de los hombres
- Fisiología propia de la mujer
- Algunos trastornos relacionados con el embarazo (por ejemplo, anemias, metrorragia, etc.) que aumentan la necesidad de transfusiones sanguíneas. (Escobar Izaguirre -Bra Sonia Mariel González Castellón -Bra Georgina Elizabeth Guadamuz Sampson, 2006)

Transmisión

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares,

tatuajes, etc.), la sexual (bien sea homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después). Con menor frecuencia se han descrito casos de transmisión del VIH en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa), y en otras circunstancias en donde se puedan poner en contacto, a través de diversos fluidos corporales (sangre, semen u otros), una persona infectada y otra sana; pero la importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico.

El VIH no puede ser transmitido por:

El contacto personal ocasional en el hogar, el trabajo o lugares sociales o públicos

El alimento, el aire y el agua

Las picaduras de insectos y mosquitos

La tos, el estornudo o las escupidas

Darse la mano, tocarse, abrazarse o besarse sin contacto bucal, piscinas, inodoros, etc.

(Escobar Izaguirre -Bra Sonia Mariel González Castellón -Bra Georgina Elizabeth Guadamuz Sampson, 2006)

Portadores y enfermos de Sida

Se llama portador a la persona que, tras adquirir la infección por el VIH, no manifiesta síntomas de ninguna clase. Se llama enfermo de Sida al que padece alguno de los procesos antedichos (infecciosos, tumorales, etc.), con una precariedad inmunológica importante. Tanto el portador como el enfermo de Sida se denominan seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio.

En líneas generales, desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla SIDA, existe un período asintomático que suele durar unos 10 años. Durante este tiempo el sistema

inmune sufre una destrucción progresiva, hasta que llega un momento crítico en que el paciente tiene un alto riesgo de padecer infecciones y tumores.

Se estima que, por término medio, existen alrededor de 8 (de 5 a 12) portadores por cada enfermo de SIDA.

En ausencia de tratamiento la evolución natural de la enfermedad por el VIH aboca necesariamente al desarrollo de SIDA al cabo de unos años. Así ocurre actualmente, por desgracia, en los países subdesarrollados.

Sin embargo, con la aparición en el año 1996 de la nueva y potente terapia combinada antirretrovirales se consigue controlar el deterioro inmunológico producido por el virus y, como consecuencia, prevenir el desarrollo de SIDA. Actualmente no es posible predecir el futuro a largo plazo de estos pacientes que, sin embargo, han visto prolongada su supervivencia con los nuevos tratamientos. Estas terapias, a pesar de su eficacia, no están exentas de serios inconvenientes: toxicidad, difícil cumplimiento, disminución de su eficacia (el virus puede hacerse resistente) y elevado coste económico. Todos estos factores hacen que, hoy por hoy, no sea posible pronosticar si un paciente concreto, actualmente en tratamiento, va a desarrollar SIDA en el futuro.

El VIH en las mujeres positivas, pierden sus derechos sexuales y reproductivos por la prohibición absoluta del aborto; Las mujeres que viven con el VIH o que ya están en etapas avanzadas del Sida no pueden solicitar la interrupción de su embarazo, son obligadas a mantener un embarazo forzado si ellas manifiestan su decisión de interrumpirlo, independiente de su edad y de las complicaciones o riesgos que puedan afrontar. No hay estudios que reflejen cuántas mujeres embarazadas viviendo con el VIH han solicitado o intentado interrumpir su embarazo debido a su condición. La penalización total del aborto, amenaza con cárcel para las mujeres y al personal de salud que las atienda, profundizando la

clandestinidad del aborto, cuando ocurre; además la violencia sexual como sustrato de las infecciones en niñas, niños y adolescentes sigue siendo el problema dado que no es reconocido.(Dra. Ana Maria Pizarro, 2017)

ONUSIDA expresaba en junio 2011 “Seguimos profundamente preocupados porque a nivel mundial las mujeres y las niñas son aún las más afectadas por la epidemia, soportan una parte desproporcionada de la carga asistencial y siguen viendo reducida su capacidad de protegerse del VIH a causa de factores fisiológicos, desigualdades de género, incluida su situación de desigualdad jurídica, económica y social, acceso insuficiente a la asistencia sanitaria y servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y todas las formas de discriminación y violencia, incluida la violencia sexual y la explotación” (“ONUSIDA,” 2018)

Tratamiento

La erradicación del VIH en los pacientes infectados no parece posible con los tratamientos actuales. Propiamente hablando, hoy el SIDA es incurable. Sin embargo, muchos de los procesos oportunistas que comprometen la vida de los pacientes con SIDA tienen tratamiento eficaz. Además, la administración de fármacos antirretrovirales ha permitido alargar considerablemente la supervivencia de los sujetos seropositivos, de manera que la enfermedad se ha convertido en un proceso crónico.

A pesar del amplio desarrollo que ha alcanzado la investigación de esta enfermedad en los últimos años, no parece aún cercana la posibilidad de disponer de una vacuna eficaz.

Uso de Fármacos

En el momento actual hay alrededor de 15 fármacos que se están utilizando en el tratamiento de la infección por el VIH. El tratamiento incluye la combinación de varios fármacos antirretrovirales que evitan el deterioro inmunológico y suprimen la replicación viral. La

terapia antirretroviral (TAR) es compleja, pues supone la administración de al menos tres fármacos (triple terapia) con un elevado número de tomas y de comprimidos por día, que producen efectos adversos, interaccionan con otros fármacos y que deben de tomarse en presencia o ausencia de alimentos.

Con estos fármacos se consigue una reducción del progreso de la enfermedad y de la aparición de infecciones oportunistas, con lo que se ha logrado una extraordinaria reducción de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios de los pacientes VIH positivos. Se comprende, por la complejidad de la medicación, la importancia de una exacta dosificación y administración. Tres días sin tomar correctamente la medicación pueden ser suficientes para hacer fracasar el tratamiento. Así mismo se ha de cuidar con esmero el estado nutricional del enfermo VIH (+), pues condiciona el curso de la enfermedad. En efecto, una malnutrición aumenta la morbilidad por alterar el normal funcionamiento del organismo ya que empeora la tolerancia al tratamiento.

Estos fármacos tienen un gran coste motivado por las prolijas y exhaustivas investigaciones que han desarrollado las grandes industrias farmacéuticas. Gracias a ellas, en los países desarrollados, se puede decir que el SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, y aunque en la actualidad incurable ha dejado de ser mortal.

La tragedia es en los países pobres, como el nuestro, que no tenemos los medios económicos para sufragar los gastos. En consecuencia, se requiere la disminución de dichos fármacos, así como la posibilidad de fabricación de medicamentos genéricos de dichos principios activos. Por desgracia la realidad es otra.

Diagnostico

Las pruebas de VIH se pueden realizar con:

- Sangre extraída de una vena
- Una muestra de sangre obtenida pinchando un dedo
- Un hisopo con una muestra de saliva
- Una muestra de orina

Exámenes de Detección

Estos exámenes verifican si usted ha resultado infectado con VIH. Los exámenes más comunes se describen a continuación.

Una prueba de anticuerpos (también llamada inmunoanálisis) busca anticuerpos para el virus del VIH. Su proveedor de atención médica puede solicitar que le realicen esta prueba en un laboratorio. También es posible hacerla en un centro de pruebas o puede utilizar un kit para hacerla en casa. Estos exámenes pueden detectar anticuerpos a partir de unas cuantas semanas luego de ser infectado con el virus. Los exámenes de anticuerpos se pueden llevar a cabo utilizando:

- Sangre: este examen se realiza extrayendo sangre de una vena o con un pinchazo en el dedo. Los análisis de sangre son los más precisos debido a que la sangre tiene un nivel más alto de anticuerpos que los demás fluidos corporales.
- Fluido oral: este examen busca anticuerpos en las células de la boca. Se realiza al pasar un hisopo por las encías y el interior de las mejillas. Este examen es menos preciso que el análisis de sangre.
- Orina: este examen busca anticuerpos en la orina. Esta prueba también es menos precisa que el análisis de sangre. (“Detección y diagnóstico del VIH: MedlinePlus enciclopedia médica,” 2019)

La prueba de antígeno analiza su sangre en busca de un antígeno del VIH llamado p24. Cuando usted es infectado originalmente con el VIH y antes de que su cuerpo tenga la oportunidad de producir anticuerpos para el virus, su sangre tiene un alto nivel de p24. El examen de antígeno p24 es preciso de 11 días a 1 mes después de ser infectado. Este examen por lo regular no se utiliza por sí solo para detectar una infección con VIH.

Una prueba sanguínea de antígeno-anticuerpo busca niveles tanto de anticuerpos para el VIH como del antígeno p24. Este examen puede detectar el virus tan solo 3 semanas después de ser infectado. (“Detección y diagnóstico del VIH: MedlinePlus enciclopedia médica,” 2019)

Técnicas de *screening*: ELISA

La calidad diagnóstica del ELISA viene determinada por una cuidada selección del punto de corte o “*cut-off*” y sobre todo por la base antigénica utilizada que captura los anticuerpos específicos presentes en la muestra. Las primeras técnicas se desarrollaron en 1985, usaban como base antigénica un lisado vírico, y se detectaban los anticuerpos a los 40 días de la infección¹. En 1987 se introdujeron las técnicas de segunda generación que incorporaban como antígenos proteínas recombinantes y péptidos sintéticos, y nuevos antígenos que permitieron detectar anticuerpos frente a todos los subtipos M, y los grupos N y O, y frente a VIH-2. Se consiguió incrementar la sensibilidad, detectándose los anticuerpos a los 33-35 días tras la infección.(Weber, 2006) En 1994 las técnicas de ELISA adquirieron el formato “en sándwich”, se denominaron ELISA de tercera generación, detectan anticuerpos de clase IgG e IgM, y por ello se acorta el período ventana a 22 días.(Weber, 2006). Estas técnicas se han modificado utilizando sustratos fluorescentes (ELFA) o formatos de quimioluminiscencia, lo que permite la automatización, el procesamiento de un gran número

de muestras, la reducción de manipulación y de los costes.(García, Álvarez, Bernal, Chueca, & Guillot, 2011) Recientemente se han introducido las técnicas de cuarta generación que permiten la detección simultánea de anticuerpos y antígeno p24, reduciéndose el período ventana a 13-15 días, es decir, se aproxima casi a la detección de ARN-VIH(Weber, 2006) (fig. 1). Con estas técnicas la sensibilidad se incrementa hasta un 99,9% lo que reduce la posibilidad de un resultado falsamente negativo, esto indica que en principio un resultado negativo no requiere confirmación ni seguimiento serológico, excepto en personas con alto riesgo de adquirir la infección⁶. Hay que tener en cuenta, que se pueden producir falsos negativos en fases iniciales de la infección hasta que se produce la seroconversión, en estadios finales de la misma, en pacientes con tratamiento inmunosupresor, trasplantados de médula ósea, personas con alteraciones de linfocitos B, en pacientes con hipogammaglobulinemia, infectados por tipos de VIH no detectados por la base antigénica, o por un error en la identificación de la muestra.(García et al., 2011) La especificidad se sitúa entre el 99,5% y 99,9% y se pueden producir falsos positivos como consecuencia de reconocimientos no específicos de sustancias del suero por los antígenos víricos de la base antigénica. Los factores que pueden estar implicados en la falsa reactividad son la base antigénica utilizada, la inactivación de las muestras por calor, los errores en la identificación de las mismas, y la hemólisis, aspecto lipídico y contaminación microbiana del suero. Se han descrito falsos positivos en múltiparas, hemodializados, multitransfundidos, pacientes con hepatitis alcohólica, personas con infecciones agudas por otros virus como herpes y VHB, vacunados frente a VHB e *Influenza virus*, pacientes con enfermedades autoinmunes, lupus eritematoso diseminado, y personas con anticuerpos frente a diversos antígenos HLA. (Stefano Buttò(a), Barbara Suligoi(b), 2010). Debido a la posibilidad de estas reactividades

no específicas hay que recurrir a las pruebas confirmatorias para verificar los resultados positivos de las técnicas de *screening*.



Figura 1.

Tiempo de aparición de marcadores específicos de infección VIH.

Técnicas rápidas

A veces se pueden plantear situaciones urgentes y por ello se han desarrollado técnicas de ejecución rápida, que no necesitan aparataje y se pueden interpretar a simple vista. Se basan en la aglutinación de partículas sensibilizadas de látex, o eritrocitos, técnicas de Dot-inmunoensayo y de inmunocromatografía capilar.(Guralnik & Ferrucci, 2003). La sensibilidad oscila entre el 85-99%(Casey et al., 1985), y la especificidad entre el 93-99%. Se suelen producir falsos negativos en muestras con bajo nivel de anticuerpos o estadios recientes de infección y falsos positivos en regiones con alta prevalencia de anticuerpos. (Galiwango et al., 2013).

Ensayos confirmatorios

Las técnicas confirmatorias que se utilizan más frecuentemente son el Western Blot (WB) y el inmunoblot recombinante o inmunoensayo en línea (LIA) que tienen como mínimo la misma sensibilidad que el ELISA y una especificidad superior. Ambas técnicas pueden incorporar antígenos de envoltura de VIH-2 lo que permite diagnosticar este tipo vírico.

El Western Blot es una metodología en la cual las distintas proteínas víricas se separan en función de su peso molecular mediante electroforesis en gel de poliacrilamida y se transfieren a una membrana de nitrocelulosa sobre la que se añade e incuba el suero del paciente, la unión antígeno-anticuerpo se detecta mediante una técnica de ELISA. Si el suero posee anticuerpos frente a una proteína se produce una banda coloreada que define la reactividad en WB. Detecta anticuerpos frente a las glicoproteínas de envoltura gp160, gp120 y gp41, las codificadas por el gen gag p55, p24 y p17 y las proteínas enzimáticas p66, p51 y p31.(Stefano Buttò(a), Barbara Suligoi(b), 2010) Existen casas comerciales que incluyen al menos una proteína del gen envoltura de VIH-2 lo que permite identificar las infecciones producidas por dicho tipo vírico.(García et al., 2011)

En el momento actual esta metodología se ha semiautomatizado lo que facilita su realización, pero los resultados pueden ser subjetivos, ya que lectura se basa en la observación de la presencia de bandas coloreadas que corresponden a las distintas proteínas víricas.(“F. Nazida. Laboratory test for detection of human Immunodeficiency virus type 1 infection. Clin Diagn Lab Immunol., 2 (1995), pp. 637-645,” 1995) Por ello, en cada laboratorio se debe establecer una disciplina de lectura de reactividades.

La “interpretación” de los resultados es uno de los mayores puntos conflictivos en la serología VIH, se considera negativo la ausencia total de reactividad; para valorar la

positividad existen numerosos criterios, según el *Center for Disease Control* (CDC) se considera positivo cuando se detectan al menos 2 bandas de p24, gp41, y gp160/gp120, la OMS reconoce una prueba positiva con 2 bandas, el ARC (Cruz Roja Americana) indica que deben existir tres bandas una de cada gen estructural, y el Consorcio de Estandarización de la Serología de Retrovirus indica que debe existir al menos una de gp120 o gp160 y una de p24 o p31.(Tebourski, Slim, & Elgaaied, 2004). Cada laboratorio debe establecer sus propios criterios de acuerdo a las indicaciones de la técnica que se utilice. Se interpreta como “*indeterminado*” cualquier reactividad que no reúna el criterio mínimo de positividad y es en esta categoría donde surgen más controversias ya que las causas del WB indeterminado son diversas y pueden corresponder a fases tempranas o estadios avanzados de la infección con deterioro inmunológico grave, y presencia de inmunocomplejos que pueden reducir los anticuerpos circulantes, recién nacidos de madre VIH positiva, a sueros hemolizados, inactivados por calor, con factor reumatoide, o con bilirrubina elevada, a reacciones cruzadas con otros retrovirus, sueros de pacientes infectados por subtipo no B o con hipergammaglobulinemia secundaria a la hiperestimulación antigénica, multitransfundidos, o a situaciones patológicas como conectivopatía, gammapatía policlonal y lupus eritematoso diseminado.(“F. Nazida. Laboratory test for detection of human Immunodeficiency virus type 1 infection. Clin Diagn Lab Immunol., 2 (1995), pp. 637-645,” 1995) La posibilidad de un WB indeterminado o incluso negativo se incrementa cuando se realiza el *screening* con técnicas de cuarta generación, debido a que las mismas detectan antígeno y la positividad de dicha técnica puede deberse casi exclusivamente a antígeno p24 libre sérico. Por todo ello, un resultado indeterminado debe ser evaluado minuciosamente valorando la historia clínica del paciente, las prácticas de riesgo y la posibilidad de una infección reciente por VIH. Es importante observar el patrón de reactividades ya que si se

detecta alguna banda de envoltura con o sin bandas del gen gag, puede deberse a infección VIH, en estas situaciones se debe recurrir a otras pruebas confirmatorias (LIA o IFI)(Healey et al., 1992) y en ocasiones es necesario complementarlas con la determinación de ADN proviral o carga viral o antígeno p24 libre sérico para valorar una posible primoinfección.(Healey et al., 1992) En cualquier caso ante un Western Blot indeterminado se debe solicitar siempre una nueva muestra.(“F. Nazida. Laboratory test for detection of human Immunodeficiency virus type 1 infection. Clin Diagn Lab Immunol., 2 (1995), pp. 637-645,” 1995)

En la repetición con el nuevo suero, pueden existir varias posibilidades, la primera es que la técnica de *screening* se mantenga positiva y no se detecten cambios en el WB respecto al primero, o incluso se produzca una disminución en el número de bandas y en intensidad, en este caso la posibilidad de una reacción inespecífica es alta, y el paciente debe ser tranquilizado. Se debe solicitar una nueva muestra en un mes y comprobar que las bandas se mantienen o desaparecen para dar una respuesta final. Hay que destacar, que en la mayoría de casos estas situaciones se producen en sueros con valores muy cercanos al punto de corte en las técnicas de *screening*. Si en el suero de repetición la técnica de *screening* se mantiene positiva y se observan más bandas y un incremento en la intensidad de las mismas, probablemente sea debido a una seroconversión, en cuyo caso se informará como positivo si reúne los criterios de positividad, o se solicitará una nueva muestra si sigue interpretándose como indeterminado.(Stefano Buttò(a), Barbara Suligo(b), 2010) El CDC recomienda realizar un seguimiento de 6 meses en los WB indeterminados, y si el patrón de WB se mantiene estable, el resultado se debe considerar negativo en individuos sin sintomatología y riesgo bajo de infección.

Detección de antigenemia

La detección de anticuerpos específicos, indican exposición al virus e infección, y la detección directa del antígeno viral p24 introduce un concepto dinámico en la serología ya que, al ser un índice de replicación viral, aporta información sobre el estado actual de la infección. Se detecta en estadios iniciales de infección, o en evolución a SIDA, y sirve de apoyo al diagnóstico serológico en aquellas situaciones en las que la detección de anticuerpos no es concluyente.(Casey et al., 1985)

El antígeno p24 se puede determinar en suero y plasma con técnicas de ELISA de captura que aumentan la sensibilidad que en el momento actual puede llegar a ser de 8 pg/ml, lo que según algunos estudios puede equivaler a 5.000-10.000 copias de ARN de VIH.

Ensayos para la detección de infecciones recientes por VIH

La identificación de infecciones recientes es importante para conocer el patrón de transmisión de VIH en una comunidad o población. En la primera fase de la infección existen títulos bajos de anticuerpos y anticuerpos de baja avidéz; cuando la infección progresa la concentración de anticuerpos y la avidéz de los mismos se incrementa. Los métodos que permiten diferenciar una infección reciente de una crónica basados en la detección de anticuerpos se agrupan bajo el término STARHS (algoritmo serológico para la detección de infección reciente por el VIH) que se basa en la aplicación de dos técnicas de ELISA para detectar anticuerpos VIH, una de ellas modificada para que sea menos sensible. Se considera una infección reciente si la muestra es positiva para ELISA convencional y negativa en el ELISA modificado de baja sensibilidad.(Janssen et al., 1998) También se pueden identificar infecciones recientes usando el índice de avidéz. Para ello se procesa el suero por duplicado

(diluido con PBS y tratado con guanidina que interfiere en la unión antígeno-anticuerpo de baja avididad). Tras el procesamiento de ambos sueros se calcula el índice de avididad dividiendo la señal obtenida del suero tratado con PBS/guanidina. Si el índice es $< 0,6$ se puede considerar con una probabilidad elevada que la infección ha ocurrido en los 6 meses anteriores. (Suligoj et al., 2003) Hay que destacar, que estas técnicas se utilizan con fines epidemiológicos, para conocer el patrón de transmisión de VIH y poder diseñar medidas preventivas adecuadas.

Determinación de ADN proviral

El ADN proviral se corresponde con el genoma viral integrado en el genoma de la célula a la que el virus infecta. En la actualidad, esta determinación está siendo reemplazada por la determinación de carga viral (ARN-VIH), en gran parte debido a las dificultades de disponer de ensayos comerciales para determinar ADN proviral, con suficientes controles de calidad y certificación por agencias reguladoras, además de que para su realización se debe utilizar sangre total. Sin embargo, es la determinación de referencia a la hora de utilizar los métodos moleculares para diagnosticar la infección VIH. En este sentido juega un papel importante para complementar aquellas situaciones diagnósticas en las que la serología no es concluyente. Se puede utilizar para valorar la transmisión madre-hijo en el diagnóstico de la transmisión vertical de VIH y para el seguimiento de la profilaxis post-exposición, aunque, como veremos a continuación, la mayoría de los laboratorios utilizan la carga viral de VIH en estos escenarios. (García et al., 2011)

Pandemia en expansión

El ritmo de crecimiento de la epidemia en los países del Tercer Mundo es mucho más rápido que en los países industrializados.

El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.

La cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76% según la OMS.

Actualmente en nuestro país se cuenta con un registro de 4 mil 260 pacientes que reciben su terapia anti retro viral, y se espera al finalizar el año realizar 270 mil pruebas de VIH, de las cuales se les han practicado a 160 mil mujeres embarazadas. (“OPS/OMS Nicaragua - Tú respeto y apoyo a las personas con VIH, tiene un gran valor: el valor humano de la solidaridad,” 2017)

España es uno de los países de Europa con mayor incremento de casos al año; puede estimarse que aproximadamente unos 20 jóvenes se infectan cada día por el VIH en nuestro país para el 2017 según el MINSa en un informe sobre el panorama del VIH/Sida el rango de edad predominante con la infección es el de 20 a 39 años de los cuales 65% son masculinos el 35 % son femeninos. (“CNN en Español 69% de los infectados de VIH en Nicaragua son jóvenes | CNN,” 2017)

Sin duda, la morbilidad y mortalidad del SIDA han disminuido notablemente. Sin embargo, coincidiendo con el control de la enfermedad gracias a los nuevos fármacos antirretrovirales, estamos asistiendo a un incremento en la aparición de nuevos contagios.

Este hecho probablemente es debido al clima de confianza en la opinión pública producido por las nuevas terapias, que lleva a muchas personas a no evitar conductas de riesgo.

Por ello, cuando se quiere realizar un juicio sobre la expansión de esta enfermedad, hay que valorar por separado ambos aspectos: evolución clínica de los pacientes e incidencia de nuevos infectados. Así pues, no se pueden realizar juicios excesivamente optimistas sobre la expansión de esta enfermedad, valorando únicamente los avances terapéuticos conseguidos, si paralelamente no se consigue disminuir también el número de nuevos infectados, especialmente los contagiados por vía heterosexual, cosa que por el momento no se está consiguiendo.

Importancia del conocimiento de las ITS-VIH/Sida

Tener conocimiento de la información de las ITS-VIH/Sida hace que los adolescentes tengan herramientas necesarias para prevenir un contagio que pueda perjudicarlo en el futuro. Es importante recordar que sin información es imposible cambiar actitudes; pero que la información sola no basta para adoptar prácticas sexuales no riesgosas, responsables y placenteras, es fundamental dedicar tiempo y espacio en el núcleo familiar para tratar los temas sexuales que los adolescentes nos plantean desde el momento que se puedan expresar, en un contexto afectivo y con respeto mutuo, debido a que nuestros adolescentes están teniendo relaciones sexuales tempranamente y no tienen la precaución de protegerse y garantizar una vida sexual activa con responsabilidad y seguridad; así aprenden cómo cubrir sus necesidades a la hora de tener relaciones sexuales, estar sano, decidir cuándo, dónde y con quién tener su experiencia sexual, con información necesaria para una prevención eficaz e inducir una baja incidencia y prevalencia de las Infecciones de Transmisión Sexual. (Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015)

La **actividad sexual** en los humanos es una forma de intimidad física. Puede realizarse con el propósito de la reproducción biológica, trascendencia espiritual, para expresar afecto o por placer y entretenimiento (conocido en este contexto como "gratificación sexual"). El deseo por el sexo y el coito es una de las motivaciones del comportamiento humano. Todas las especies animales que tienen reproducción sexual, y todas las culturas humanas, tienen una serie de conductas que se dividen en: cortejo, intimidad y actividad sexual.

La sexualidad es el conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El término también hace referencia al apetito sexual (como una propensión al placer carnal) y al conjunto de los fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo.

En la antigüedad, se consideraba que la sexualidad de los seres humanos y de los animales era instintiva. Los comportamientos sexuales, por lo tanto, estaban determinados biológicamente y todas aquellas prácticas que no estaban dirigidas a la procreación eran consideradas como antinaturales.

Para la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), la sexualidad humana abarca tanto las relaciones sexuales (el coito) como el erotismo, la intimidad y el placer. La sexualidad es experimentada y expresada a través de pensamientos, acciones, deseos y fantasías.

La **heterosexualidad** es la condición sexual que consiste en la atracción hacia las personas del sexo opuesto. Los hombres heterosexuales se sienten atraídos por las mujeres, y viceversa.

En la **homosexualidad**, en cambio, las relaciones se dan entre personas del mismo género. Existe, a su vez, otra variante, conocida por el nombre **de bisexualidad**, a la cual pertenecen aquellos individuos que se sienten atraídos por personas de ambos géneros.

La sexualidad, con el tiempo, fue adquiriendo una noción social y cultural. La homosexualidad, por ejemplo, fue considerada exclusiva del ser humano durante mucho tiempo; sin embargo, la observación de diversas especies animales a lo largo de los años ha demostrado lo contrario; lo mismo ocurre con la masturbación y con prácticas violentas, como las violaciones. Tanto las personas como los animales desarrollan las características de su sexualidad de acuerdo a su entorno.

Cada persona escoge cómo vivir su sexualidad, aunque esta decisión suele cambiar a lo largo de los años. Se puede hacer una primera distinción entre quienes mantienen relaciones sexuales para procrear y quienes lo hacen para sentir excitación. Ambos grupos, independientemente de sus creencias y principios, deben tener en cuenta una serie de responsabilidades que giran en torno a las prácticas sexuales, para evitar por todos los medios que sus acciones repercutan negativamente en los demás. (como todas las infecciones que pueden adquirirse o tener un patrón distorsionado o patológico de sexualidad).

La **Educación Sexual** es un recurso fundamental que todas las comunidades deberían usar a la hora de formar a sus niños. Por diversas razones, los seres humanos hemos desarrollado miedo y vergüenza alrededor de nuestra propia sexualidad, comenzando por el hecho de necesitar cubrir nuestros cuerpos de las miradas ajenas. Sin embargo, esto solamente puede conducir a la desinformación y a la represión, con sus terribles consecuencias.

Según la OPS/OMS género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

Prácticas Sexuales

La práctica, es la acción que se desarrolla con la aplicación de conocimientos. Los factores que determinan las prácticas sexuales en los adolescentes son:

- Acción: los adolescentes ponen en práctica sus conocimientos y el deseo de ejemplificarlo o experimentar en las relaciones sexuales.
- Control: Esto dependerá del dominio que tomen los adolescentes ante las acciones que se quieren desarrollar en las relaciones sexuales, y garantizar un nivel de satisfacción óptimo en la pareja.
- Perseverancia: Dependerá de lo necesario para no dejarse vencer por el fracaso y seguir insistiendo hasta llevar a cabo lo esperado en las relaciones sexuales.

Conductas sexuales en la adolescencia

1) Masturbación: Tanto la auto estimulación, cómo la masturbación 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 frecuencia de una o más veces por semana. Dos tercios de los varones la practican frecuentemente, frente a tan sólo un tercio de las mujeres. (Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015)

2) Sexo oral: la práctica de sexo oral es un dato de alta participación en ambos géneros, llegando al 76 % en los varones y al 66 % en las mujeres. Otras investigaciones, sin embargo, muestran que las mujeres practican el sexo oral con más frecuencia que los hombres.

3) Coito vaginal: Entre el 68 % y el 83 % de los adolescentes mantienen relaciones sexuales con penetración vaginal sin protección lo cual conlleva a mayor riesgo de contraer una ITS.

4) Coito anal: Esta práctica es una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tiene una frecuencia muy variable en función de los estudios, distinguiendo entre sexos se señalan que entre el 8 % y el 12 % de los adolescentes varones han mantenido relaciones con penetración anal, siendo algo más frecuente esta práctica en las mujeres, entre el 11 % y el 15 %. Otros estudios refieren porcentajes superiores, hasta del 25 % en mujeres adolescentes. (Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015)

Número de parejas sexuales

Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos, debido a un inicio temprano de su vida sexual. La relevancia de estos datos radica, en que, a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una ITS.

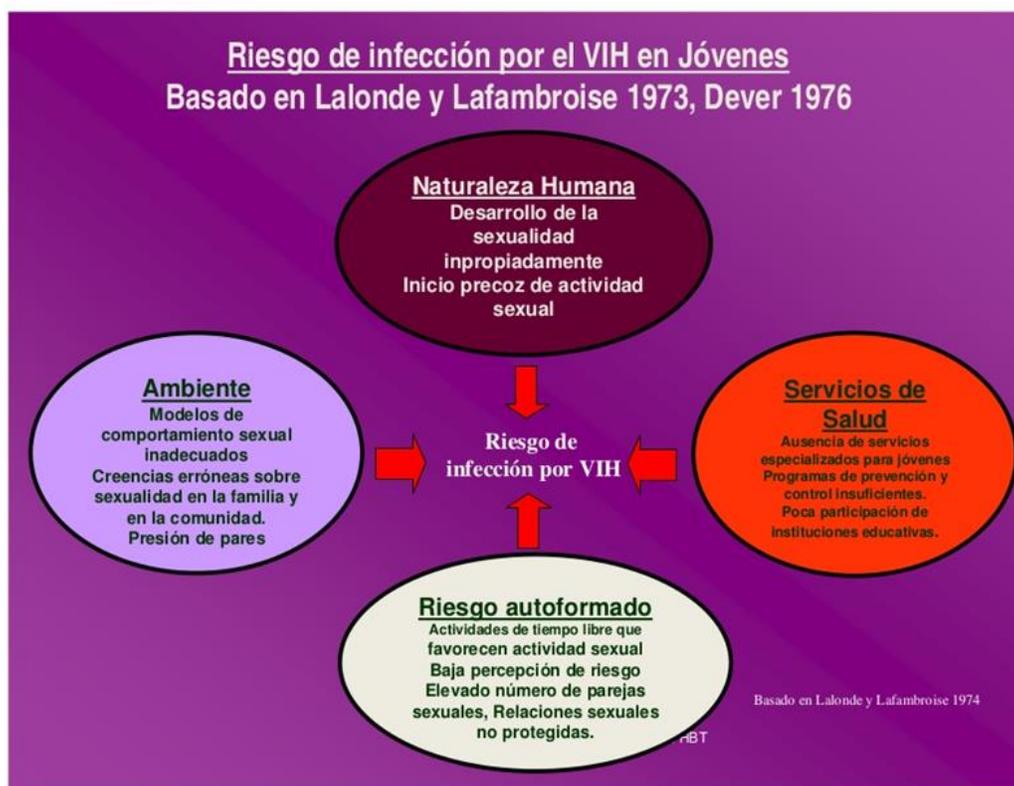
Además, la circunstancia en que los adolescentes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo. En nuestro país, los adolescentes entre 15 a 19 años sexualmente activos han tenido entre uno y dos compañeros sexuales como promedio.

Existe diferencia de género en cuánto a la promiscuidad sexual: los varones adolescentes suelen tener mayor variedad de parejas que las mujeres adolescentes, llegando en ocasiones a ser el doble.

Importancia de las prácticas ante de las Infecciones de Transmisión Sexual

Hay que tener en cuenta que las ITS, es una problemática que afecta mayormente a los adolescentes por tal razón es importante reconocer que hay prácticas sexuales que predisponen a los adolescentes a contagiarse de algunas de las ITS, si no se tiene la debida

protección y prevención ante el acto sexual. Es de suma importancia brindarles la información a los adolescentes de que cuáles son las prácticas sexuales que los predisponen a dichas infecciones. Que tomen conciencia que está en juego su vida y la de su pareja debido a que existe la posibilidad de contagiarse de las ITS, que en la actualidad no tienen cura como es el caso del virus del VIH/Sida, y otras que estarán de por vida en su torrente sanguíneo que periódicamente estarán presente y presente en su vida.(Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015)



CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de corte transversal.

2.2.Universo

La carrera de Enfermería pertenece al Instituto Politécnico de la salud “Luis Felipe Moncada” POLISAL – UNAN Managua, en el que además se ofertan las carreras como: Nutrición, Fisioterapia, Anestesia, Reanimación, Laboratorio Clínico, Técnico Citólogo. La Carrera de enfermería oferta cuatro menciones: Licenciatura en Enfermería Materno Infantil, Licenciatura en Enfermería Obstétrica y Perinatal, Licenciatura en Cuidados Críticos y Licenciatura en Enfermería en Salud Pública, además oferta Enfermería Profesional en Sabatino.

Los alumnos de primer año de la carrera de enfermería son en total 226, mi grupo muestreo es de la Licenciatura de Materno Infantil.

2.3.Muestra

2.3.1. Tamaño de la muestra

Su cálculo está determinado mediante el programa por OpenEpi, versión 3, con resultado de muestra para un Intervalo de confianza de 97%, la muestra es de 61 estudiantes.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	226
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-12
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d):	12%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	52
80%	26
90%	40
97%	61
99%	77
99.9%	103
99.99%	122

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Imprimir desde el navegador con ctrl-P

o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

2.3.2. Tipo de muestreo

Tipo de muestreo utilizado fue el probabilístico por conglomerados en este muestreo la población se dividió en agrupaciones naturales de individuos en las aulas de clases de los estudiantes de enfermería donde se encontró la población cautiva a cuestionar; estas aulas se enlistaron y se selecciona las aulas, se toma el conglomerado cuestionado, siendo estas las unidades de análisis, para esto se coordinó previamente con las autoridades de la Facultad del POLISAL.

2.3.3. Criterios de Inclusión

- Jóvenes universitarios ausentes en el momento del aplicar la encuesta.
- Personas que estén de acuerdo en participar con el estudio.

- Jóvenes que hayan iniciado su vida sexual.
- Jóvenes de primer año de Materno Infantil.

2.3.4. Criterios de Exclusión

- Estudiante que no esté de acuerdo.
- Estudiante que llene el cuestionario de forma incompleta.
- Estudiante que no sea activo sexualmente.

2.4.Las Técnicas y procedimientos

La técnica que se utilizó fue el cuestionario auto administrado, para la cual se recoge la información de una fuente primaria, al aplicarse directa a los participantes del estudio. Para la recolección de la información, se diseñó un cuestionario que es una adaptación de la encuesta de línea de base en conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y VIH/Sida en niños, niñas y adolescentes en Dajabón y Wanament Catholic (Catholic Relief Services & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007), este consta con preguntas cerradas y 3 secciones y el consentimiento informado; 1era sección corresponde a los datos generales con la información sociodemográficos de los participantes: edad, sexo, identidad sexual, procedencia, escolaridad, estado civil, religión, actividad laboral; la segunda sobre el conocimiento sobre ITS y VIH/Sida y el último bloque que corresponde a las prácticas sexuales de riesgo y actividad sexual de los participantes; edad de inicio de vida sexual, No de pareja sexuales, primera experiencia sexual, uso de condón, consumo de licor y drogas; uso del condón, etc. algunas de estas con respuesta de selección múltiple.

Para evitar los sesgos en la investigación se realizó una revisión al momento del retorno del cuestionario y verifico si está completamente llenada.

2.5. Plan de tabulación y análisis

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, se procedió a diseñar una base de datos con hoja electrónica en el programa de SSPS versión 23. Los datos obtenidos en las encuestas se incorporaron a dicha base de datos y el análisis de la información se representó en tablas simples y gráficos que incluyen frecuencias, porcentajes a través de los programas de Office 2010.

Se realizó los siguientes cruces de variables:

- Medidas Preventivas vs Sexo.
- Formas de evitar el VIH vs Religión.
- Lugar de adquisición del condón vs Sexo.
- Identidad sexual vs Percepción de quienes tienen riesgo de contraer VIH.
- Formas de disminución del riesgo de transmisión vertical según el Sexo.

2.6. Enunciado de las variables por objetivo

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente a la población a estudio.

- Edad
- Sexo
- Identidad sexual
- Procedencia
- Situación laboral
- Estado civil
- Religión

Objetivo 2: Identificar los conocimientos de las ITS y VIH/Sida en la población en estudio.

- Conocimientos de ITS
- Conocimientos de VIH/Sida

Objetivo 3: Describir las prácticas de la población acerca las ITS y VIH/Sida.

- Prácticas acerca las ITS y VIH/Sida.
- Uso de condón
- Prácticas de riesgo ante ITS y VIH/ Sida
- Actividad sexual
- Edad de inicio de vida sexual
- No de pareja sexuales
- Primera experiencia sexual
- Consumo de licor y drogas

2.7. Operacionalización de las variables

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
Edad	Es el tiempo vivido desde su nacimiento hasta el momento de la investigación.		Años	17 a 19 20 a 24
Sexo	Son características que diferencian al hombre y mujer		Fenotipo	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar donde habitualmente (más de 6 meses) vive el individuo estudiado.		Zona	Urbano Rural
Situación Laboral	Corresponde si los encuestados se encuentran trabajando.		Trabaja	Si No
Religión	Se refiere a las creencias del hombre en su relación con Dios.		Tipo	Católica Evangélica

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
Estado civil	Condición de pareja según el registro civil en función de si tiene o no pareja.		Condición de pareja	Soltero (a) Casado (a) Acompañado (a)
Conocimiento de ITS	Se refiere a los saberes del grupo en estudio con respecto a las ITS.	Conoce sobre las ITS	Conoce	Sí No
		Síntomas de ITS.	Conoce los síntomas	Dolor abdominal Secreción genital Secreción con mal olor Dolor al orinar Ampollas, Llagas o Verrugas en los genitales Hinchazón en el área de la ingle Picazón / comezón genital Esterilidad Pérdida de peso
Conocimiento de VIH/Sida	Representan los conocimientos que tiene la población en estudio sobre VIH/Sida.	Conoce sobre el VIH/Sida	Conoce	Sí No
		Aspecto saludable en periodo de transmisión	Conoce	Sí No No sabe
		Modos de Prevención	Modos	Utilizando un condón cada vez que tengan relaciones sexuales. Teniendo una sola pareja sexual Dejando de tener relaciones sexuales.
		Mecanismos de Transmisión	Tipo	Por picada de mosquito Al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó Donando sangre

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
		Mecanismos de Transmisión.	Tipo	Recibiendo transfusión de sangre Por relaciones sexuales Por compartir objetos (platos, cucharas, vasos, ropa, etc.) Por utilizar inodoros públicos Piscinas
		Medidas para reducir la transmisión vertical.	Tipo	Tomar medicamentos Evitar dar el seno Parir por cesárea Separarse del bebé No puede hacer nada
Conocimiento en cuanto al riesgo de contraer el VIH.	Determina conocimiento de riesgo a infectarse de VIH.	Situaciones de riesgo	Tipo	Las mujeres casadas Los hombres casados Las mujeres solteras con vida sexual. Los hombres solteros con vida sexual Las trabajadoras sexuales o prostitutas Las mujeres lesbianas Los hombres homosexuales Las personas que se inyectan drogas Las mujeres bisexuales Los hombres bisexuales

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
Inicio de relaciones sexuales	Se refiere a todas las características relacionadas con el inicio de la vida sexual del grupo en estudio.	Tiene relaciones sexuales	Práctica	Si No
		Edad de inicio de relaciones sexuales	Años	Edad
		Motivación de la primera relación sexual	Tipo de motivos	
		Uso de condón	Práctica	Si No
Características de las relaciones sexuales	Abarca algunas particularidades relacionadas a las prácticas sexuales del grupo en estudio.	No. de Parejas sexuales	Número	1 2 - 5 6 a 9 10 a más
		Relaciones sexuales con el mismo sexo	Práctica	Si No
		Identidad Sexual	Género	Heterosexual Homosexual Bisexual
Relaciones sexuales de los últimos 12 meses	Corresponde a características de prácticas sexuales durante los últimos 12 meses del grupo en estudio.	Tener relaciones sexuales	Práctica	Si No
		Pareja sexual	Tipo	Novio Pareja (esposa/compañera) Amiga/o Personas desconocidas Persona bisexual Persona homosexual Persona lesbiana No ha tenido
		Uso del condón en la última relación sexual	Práctica	Si No

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
		Quien propuso el condón	Persona	Vos La otra persona Ambos
		Porque utiliza el condón en sus relaciones sexuales	Razones	Evitar un embarazo Evitar una enfermedad Por higiene Para sentirse seguro Otras (Especifique)
Uso de Condón	Se refiere a información proporcionada sobre el uso del condón en el grupo de estudio.	Obtención del condón	Lugar	Pulpería Farmacia Supermercado Clínica Privada Centro de Salud Promotor de salud Bar / pensión / motel Amigo Otro: Especifique
Hábitos tóxicos	Se aborda rasgos relacionados al consumo de alcohol y drogas en el grupo en estudio.	Hábito de consumo de alcohol	Frecuencia	Si No
		Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses	Frecuencia	Diario Semanal Mensual
		Consumo de alcohol y relaciones sexuales	Práctica	Si No
		Relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol u otras sustancias	Práctica	Si No
			Frecuencia	Siempre Algunas veces Ocasionalmente Una sola vez Nunca No recuerda

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
		Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual	Práctica	Si No
		Presencia de Síntomas	Práctica	Dolor abdominal Secreción genital Secreción con mal olor Dolor al orinar Ampollas, Llagas o Verrugas en los genitales Sangre en la orina Hinchazón en el área de la ingle Picazón / comezón genital Pérdida de peso Otro. Especifique _____ —
		Disposiciones ante el VIH/Sida	Práctica	Disposición para compartir alimentos con personas con VIH o Sida Disposición para cuidar a familiar VIH o Sida en su casa Recibir clases con estudiante o maestro con VIH o Sida
		Formas para informar sobre resultados de prueba	Práctica	Se debe mantener en secreto Se debe compartir la información con su familia Debe ser decisión de la persona infectada

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
Prácticas con respecto al VIH/Sida	Son acciones que realizan el grupo de estudio con respecto al VIH/Sida.	Realización de prácticas preventivas.	Práctica	Sí No
		Prácticas de prevención.		Relaciones sin penetración Usar condón con todas mis parejas Tener una pareja sexual fiel Tener muchas parejas Evitar relaciones con prostitutas Evitar relaciones con homosexuales Hacerse la prueba de VIH Evitar el sexo con la boca Tener sexo solo con personas conocidas Evitar sexo anal (por detrás) No me preocupa Otro
		Te has realizado la prueba del VIH	Práctica	Si No
		Realización de prueba de VIH	Práctica	Sí No
		Última prueba del VIH	Frecuencia	En los últimos 12 meses Entre 1-2 años Entre 2-4 años Más de 4 años No recuerda

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
		Prácticas sexuales de riesgo que realiza	Práctica	Relaciones sexuales con personas del mismo sexo sin condón y bajo efectos del alcohol Relaciones sexuales con personas del mismo sexo con condón y bajo efectos del alcohol Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos del alcohol Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos del alcohol Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos del alcohol y drogas Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos del alcohol y drogas Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos de drogas Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos de drogas Sexo anal con parejas del mismo sexo sin condón

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala o valor
				Sexo anal con parejas del mismo sexo con condón Sexo anal con personas del sexo opuesto sin condón Sexo anal con personas del sexo opuesto con condón Sexo vaginal con parejas del mismo sexo sin condón Sexo vaginal con parejas del sexo opuesto con condón Sexo oral sin condón Ninguna de las anteriores

2.8.Aspectos éticos

Todos los procedimientos se realizaron respetando lo estipulado en el Reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y principios bioéticos consignados en la Declaración de Helsinki 2008.

La información recopilada fue manejada bajo condiciones de confidencialidad de las personas y respetando la voluntad de colaborar o no en el estudio. A este respecto, se consideró los derechos humanos y principios bioéticos.

Este estudio es considerado de bajo riesgo bioético, pues si bien implica el conocimiento de temas confidenciales, no requiere de la realización de procedimientos clínicos invasivos.

Dada la naturaleza de este, se omitió la identificación directa de las personas, garantizando la confidencialidad de la información. Así mismo, se contó con un consentimiento informado de los participantes.

De igual manera, se contó con la anuencia de las autoridades respectivas del Instituto Politécnico de la Salud (POLISAL), para tener acceso cuando se considere necesario, a los estudiantes de primer año de materno infantil de la carrera de Enfermería.

CAPITULO III DESARROLLO

3.1 Resultados

En la tabla 1, correspondiente a los datos demográficos de los estudiantes cuestionados para el rango de edad fue de 17 – 19 hay 32 (52.5 %) y en el rango de edad de 20 – 24 tenemos una frecuencia de 29 (47.5 %). En cuanto al sexo tenemos femenino 36 (59.0 %) y el sexo masculino con una frecuencia de 25 (41.0 %); en la procedencia encontré la zona urbana 43 (70.5 %) y en la zona rural 18 (29.5 %); en estado civil encontré a los solteros un 51 (83.6 %), los casados/acompañados 10 (16.4 %). En 49 de los cuestionados encontré que hay católicos 26 (53.1 %) y evangélicos 23 (46.9 %). Del total de los cuestionados solo laboran 4 (6.6 %).

En la tabla 2 en cuanto al conocimiento sobre las ITS – VIH /Sida, encontré que todos los cuestionados han escuchado de las ITS y VIH/Sida para un 61 (100.0 %); en cuanto a los síntomas de sospecha de ITS, encontré: Ampollas, Llagas o Verrugas en los genitales 44 (73.3 %), Secreción con mal olor 43 (71.6 %), Picazón/ comezón en genitales 34 (56.6 %), Secreción genital 26 (43.3 %), Dolor al orinar 22 (36.6 %), Hinchazón en el área de la ingle 15 (25.0 %), Pérdida de peso 9 (15.0 %), Dolor abdominal 2 (3.3 %), Esterilidad 2 (3.3 %). En el Modo de transmisión: Por relaciones sexuales 56 (91.8 %), Al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó 43 (70.5 %), Recibiendo transfusión de sangre 29 (47.5 %), Donando sangre 13 (21.3 %), Por una picada de mosquito 5 (8.2 %), Por compartir objetos (platos, cucharas, vasos, ropa, etc.) 5 (8.2 %); En la diferencia de VIH y Sida: Es más grave el Sida 33 (54.1 %), Es lo mismo 18 (29.5 %), Es más grave el VIH 10 (16.4 %); En las medidas de prevención: Utilizando condón con todas mis parejas 32 (52.5 %), Teniendo una sola pareja sexual 32 (52.5 %), Hacerme la prueba del VIH 8 (13.1 %), Tener sexo solo con personas conocidas 8 (13.1 %), Evitar relaciones con trabajadoras sexuales 6 (9.8 %), Evitar

relaciones con homosexuales 5 (8.2 %), Tener relaciones sexuales sin penetración 2 (3.3 %), Evitar el sexo oral 2 (3.3 %), Evitar tener sexo anal (por atrás) 2 (3.3 %).

En la tabla 3 que corresponde a los conocimientos sobre la transmisión vertical y riesgo de adquirir el VIH/Sida encontré que 51 (83.6 %) transmite la madre a su bebé; En cuanto a las medidas de prevención de la transmisión vertical tenemos Tomar su tratamiento (antirretroviral) 39 (63.9 %), Evitar dar el pecho al bebé 20 (32.8 %), Tener a su bebé por cesárea 19 (31.1 %), No puede hacer nada 3 (4.9 %) Separarse del bebé 1 (1.6 %). En cuanto a que una persona que se ve saludable puede tener VIH 49 (80.3%) refieren que así es; Además encontré que 27 (44.3 %) refieren estar en riesgo de contraer el VIH; Cuando les cuestioné si identifica lugares para realizarse la prueba del VIH en su comunidad 38 (62.3 %) conocen donde la realizan las pruebas; en cuanto a las personas en riesgo de contraer el VIH refieren: Hombres Homosexuales 55 (90.2 %), las personas que se inyectan drogas 53 (86.9 %), las mujeres solteras con vida sexual 52 (85.2 %), las mujeres casadas 52 (85.2 %), los hombres solteros con vida sexual 51 (83.6 %) y los hombres casados 49 (80.3 %).

En la tabla 4 en cuanto a las prácticas sexuales encontré que la edad inicio de vida sexual activa (IVSA) en el rango de 9 a 14 años hay 9 (14.8 %) y el rango de 15 a 19 años 52 (85.2 %); en cuanto a los motivos de la primera relación sexual encontré decisión de ambos con 45 (73.7 %), pedido por su pareja 10 (16.4 %), forzada 4 (6.6 %) y presión de la pareja 2 (3.3 %); en cuanto al uso de condón en su primera relación sexual lo utilizaron 25 (41.0 %); En el número de parejas sexuales que han tenido 1 pareja 24 (39.3 %), en el rango de 2 – 5 parejas 31 (51 %), en el rango de 6 a más 6 (9.8 %); en identidad sexual predominó Heterosexual con 54 (88.6 %), Bisexual un 7 (11.4 %); en las relaciones sexuales con el mismo sexo encontré 7 (11.4 %) que tuvieron relaciones con personas del mismo sexo;

respecto a por que utiliza condón en tus relaciones sexuales encontré: Evitar un embarazo 42 (68.9 %), Evitar una enfermedad 18 (29.5 %), Para sentirse seguro 18 (29.5 %), Por higiene 6 (9.8 %); En cuanto a donde obtienen el condón encontré: Farmacias 39 (63.9 %), Bar/pensión/motel 11 (18.0 %), Centro de Salud 8 (13.1 %), Supermercado 7 (11.5 %), Clínica privada 5 (8.2 %), Promotor de salud 4 (6.6 %), Pulpería 2 (3.3 %) y Amigo 1 (1.6 %), en cuanto al uso del condón en la última relación sexual es de 36 (59.0 %) y quien propuso el condón solo 36 lo refieren y de estos ambos 21 (58.3 %), vos 14 (38.8 %) y 1 (2.7 %).

En la tabla 5 que corresponde a prácticas sexuales en los últimos 12 meses encontré los que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses 54 (88.5 %); tipo de pareja sexual en los últimos 12 meses Novio 28 (45.9 %), Amigo/a 16 (26.2 %), pareja 15 (24.6 %); los que consumieron alcohol en los últimos 12 meses 35 (57.3 %); de estos la frecuencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses: Mensual 29 (82.8 %), Semanal 6 (17.1 %); del total de los cuestionados refieren sexo bajo efectos de alcohol u otro 25 (40.9 %);

Frecuencia de relaciones sexuales bajo efectos de alcohol u otro: Ocasionalmente 12 (48.0 %) Algunas veces 7 (28.0 %), Una solo vez 5 (20.0 %) y Siempre 1 (4.0 %); con respecto al uso de condón en relaciones sexuales con efectos de alcohol u otro encontré 22 (88.0 %); del total de los cuestionados 39.3 % refieren haber estado expuesto a adquirir el VIH en algún momento.

En la práctica personal ante una persona con VIH encontré: Estarías dispuesto(a) a compartir alimentos con una persona con VIH o Sida 43 (70.5 %), Cuidaría a un pariente con VIH/Sida en tu casa 51 (83.6 %), Recibiría clases con un estudiante o maestro que tiene el VIH 55 (90.2 %).

En la tabla 6 que corresponde a las prácticas serológicas en VIH/Sida en cuanto a la decisión de informar sobre su estado serológico encontré: Es decisión de la persona decirlo o NO 29 (47.5 %), Compartir su condición con su familia 19 (31.1 %), Mantener en secreto su diagnóstico 13 (21.3 %); con respecto a la realización de las pruebas de VIH es de 34 (55.7 %) se la hicieron y de estos en el rango de tiempo de la última prueba del VIH encontré: En los últimos 12 meses 13 (38.2 %), De 1 – 2 años 12 (35.2 %), De 2 – 4 años 6 (17.6 %), Más de 4 años 3 (8.8 %); y de estos mismos 34 encontré: Después de conocer tus resultados de la prueba en VIH ha utilizado el condón 34 (100 %) a decidido utilizarlo; además encontré a los que les gustaría realizarse la prueba por primera vez 21 (78.0 %), sólo 6 (22.0 %) no quieren hacérsela.

En la tabla 7 sobre las prácticas sexuales de riesgo que realizan o han realizado, encontré: Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos del alcohol 21 (34.4 %), Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón bajo efectos del alcohol 17 (27.9 %), Sexo vaginal con parejas del sexo opuesto con condón 13 (21.3 %), Sexo oral sin condón 10 (16.4 %), Sexo anal con parejas del sexo opuesto sin condón 6 (9.8 %), Sexo anal con parejas del mismo sexo con condón 5 (8.2 %), Sexo anal con parejas del mismo sexo opuesto con condón 5 (8.2 %), Sexo vaginal con parejas del mismo sexo sin condón 5 (8.2 %), Sexo anal con parejas del mismo sexo sin condón 3 (4.9 %), Relaciones sexuales con personas del mismo sexo sin condón bajo efectos del alcohol 2 (3.3 %), Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efecto del alcohol y drogas 2 (3.3 %), Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos de drogas 2 (3.3 %), Relaciones sexuales con personas del mismo sexo con condón bajo efectos del alcohol 1 (1.6 %), Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos de alcohol y drogas 1 (1.6 %), Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto

con condón y bajo efectos de drogas 1 (1.6 %). Solamente 1 cuestionado dijo que había tenido una infección de transmisión sexual y que su sintomatología fue picazón/comezón genital. El 44.3 % de los cuestionados refieren que no tienen ninguna de estas prácticas sexuales. Solamente un cuestionado refiere que ha tenido una ITS y que su sintomatología fue picazón/comezón genital.

En la tabla 8, en Medidas de Prevención vs Sexo encontré: Utilizando condón con todas mis parejas masculino 18 (56.3 %) y femenino 14 (43.7 %), Teniendo una sola pareja sexual masculino 9 (28.1 %) y femenino 23 (71.9 %), Tener sexo solo con personas conocidas masculino 5 (62.5 %) y femenino 3 (37.5 %), Evitar relaciones con trabajadoras sexuales masculino 4 (67.0 %) y femenino 2 (33.0 %), Hacerme la prueba del VIH masculino 3 (37.5 %) y femenino 5 (62.5 %), Evitar relaciones con homosexuales masculino 2 (40.0 %) y femenino 3 (60.0 %), Tener relaciones sexuales sin penetración masculino 1 (50.0 %) y femenino 1 (50.0 %), Evitar el sexo oral masculino 1 (50.0 %) y femenino 1 (50.0 %), Evitar tener sexo anal (por atrás) masculino 1 (50.0 %) y femenino 1 (50.0 %). El 100% de los cuestionados refiere que el tener muchas parejas sexuales NO es una medida de prevención.

En la tabla 9 en cuanto a las formas de evitar el VIH vs la religión que corresponden a 49 cuestionados encontré: Usar condón con todas mis parejas católico 17 (58.6 %) y evangélico 12 (41.4 %), Tener una sola pareja católico 12 (46.2 %) y evangélico 14 (53.8 %), Evitar trabajadoras sexo católico 4 (67.0 %) y evangélico 2 (33.3 %), Hacerme prueba VIH: católico 3 (60.0 %) y evangélico 2 (40.0 %), Relaciones Sexuales solo conocidos: católico 2 (40.0 %) y evangélico 3 (60.0 %), Evitar Relaciones Sexuales con homosexuales: católico 1 (20.0 %) y evangélico 4 (80.0 %), Evitar sexo oral: católico 1 (50.0%) y evangélico 1 (50.0 %), Evitar

sexo anal: católico 0 (0.0 %) y evangélico 2 (100.0 %), y teniendo muchas parejas sexuales todos los cuestionados refieren que NO es una medida de protección.

En la tabla 10 que se refiere a Sexo vs Lugar de adquisición del condón encontré Farmacias: masculino 14 (36.0 %) y femenino 25 (64.0 %), Bar/pensión/motel: masculino 2 (18.0 %) y femenino 9 (82.0 %), Centro de Salud: masculino 6 (75.0 %) y femenino 2 (25.0 %), Supermercado: masculino 4 (57.0 %) y femenino 3 (43.0 %), Clínica Privada: masculino 3 (60.0 %) y femenino 2 (40.0 %), Promotor de Salud: masculino 2 (50.0 %) y femenino 2 (50.0 %), Pulpería: masculino 1 (50.0 %) y femenino 1 (50.0 %), Amigo: masculino 1 (100.0 %) y femenino 0 (0.0 %).

En la tabla 11 se refiere a la Identidad sexual vs Percepción de quienes tienen el riesgo de contraer el VIH encontré: Trabajadora sexual: heterosexuales 54 (88.5 %), bisexuales 7 (11.4 %); Mujeres bisexuales: heterosexuales 54 (88.5 %), bisexuales 7 (11.4 %); Hombres bisexuales: heterosexuales 54 (88.5 %), bisexuales 7 (11.4 %); Gay: heterosexuales 48 (87.3 %), bisexuales 7 (12.7 %); Drogadicto: heterosexuales 48 (92.3 %), bisexuales 4 (7.6 %); Mujer casada: heterosexuales 46 (88.5 %), bisexuales 6 (11.5 %); Mujer soltera: heterosexuales 45 (86.5 %), bisexuales 7 (13.4 %); Hombre soltero: heterosexuales 44 (86.2 %), bisexuales 7 (13.7 %); Hombre casado: heterosexuales 41 (85.4 %), bisexuales 7 (14.5 %); Lesbiana: heterosexuales 29 (80.5 %), bisexuales 7 (19.4 %).

En la tabla 12 que corresponde a las Formas de disminución del riesgo de transmisión vertical según el Sexo encontré: Tratamiento antiviral: masculino 15 (38.5 %) y femenino 24 (61.5 %), No dar pecho: masculino 9 (45.0 %), femenino 11 (55.0 %), Bb por cesárea: masculino 5 (26.3 %) y femenino 14 (73.6 %), No puede hacer nada: masculino 3 (100.0 %) y femenino 0 (0.0 %), Separarse del bb: masculino 0 (0.0 %) y femenino 1 (100.0 %).

3.2 Discusión

Al analizar los datos de frecuencia por grupo de edad se obtuvo un predominio del rango de menor edad entre los cuestionados, encontrándose población joven que va acorde a su nivel académico en comparación con estudios previos que mostraron que la edad, el sexo y el estado civil fueron los principales contribuyentes a la conducta de riesgo sexual.(Castillo-Arcos et al., 2016). A su vez se refleja una prevalencia del sexo femenino y en edad reproductiva mayor que la del sexo masculino correspondiendo a un 59 % de los cuestionados, además las mujeres por su anatomía femenina puede dar lugar a infecciones asintomáticas o con poca sintomatología, ya que las pruebas diagnósticas suelen ser menos sensibles para ellas, las Infecciones de Transmisión Sexual les pueden acarrear secuelas graves y permanentes como: Infertilidad, carcinoma de cérvix, y además complicaciones para un futuro bebé.(Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015), el sexo acorde también con la carrera de enfermería; la mayoría de los cuestionados son de la zona urbana que les da facilidad de transporte al centro de estudio, de estos la mayoría no tiene actividad laboral, por lo que la carga de los gastos necesarios para acudir a la universidad y para la para culminación de sus estudios es asumida por familiares o parejas, y la mayoría son católicos. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2014) la mayoría de los cuestionados son solteros, que se relaciona con la edad. Con respecto a la religión el 80.3 % practican algún tipo de religión.

En cuanto al conocimiento que tienen sobre las ITS refiere el 100 % de los cuestionados que si han escuchado de las ITS y del VIH/Sida y que de los síntomas más conocidos son ampollas, llagas o verrugas en los genitales seguido por secreción con mal olor y en tercer lugar la picazón/comezón en genitales y que su modo de transmisión la mayoría refiere que

es por medio de las relaciones sexuales, seguido por utilizar una aguja que alguien más utilizó, acorde de la literatura. (Torres Robles, 2014)

En cuanto a la diferencia entre el VIH/Sida la mayoría refiere que es más grave el Sida para un 54.1% reflejando tener un mejor conocimiento acerca del concepto sindrómico de Sida; Referente a las medidas de prevención encontramos un resultado similar de 52.5 % en que se debe utilizar el condón con todas las parejas sexuales y tener una sola pareja sexual ayuda a evitar adquirir el VIH/Sida. (Capote Rodríguez, Círia Martín, Pérez Piñero, Núñez Fernández, & Pereira Miñoso, 2016)

En cuanto a las medidas de prevención los valores más altos y similares fueron en utilizar condón con todas mis parejas y teniendo una sola pareja sexual. (Campos-Rosas et al., 2017); (García-Mora et al., 2014)

En el conocimiento sobre la transmisión vertical del VIH/Sida refieren que si se transmite de la madre al hijo para un 83.6 % y en las medidas de prevención de dicha transmisión la mayoría 63.9 % refieren que, tomando su tratamiento antirretroviral reduce dicha transmisión, en segundo lugar, el 32.8 % refiere que debe evitarse la lactancia materna, similar a estudios previos. (Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, 2015).

En cuanto que una persona que se ve saludable puede tener VIH el 80.3 % piensa que las personas con VIH se ven saludables, observé que en los cuestionados se relaciona con el nivel de conocimiento de la patología, les permite ser más receptivos y tolerantes ante el portador de VIH y que su condición de salud como portadores de la enfermedad no necesariamente se relaciona con su aspecto, las asociaciones entre “buena apariencia física” y estado serológico negativo que se recogen en parte de la literatura consultada los datos

obtenidos en el presente estudio han sido más alentadores que a su vez concuerda con otros estudios. (Luces Lago, Porto Esteiro, Mosquera Pan, & Tizón Bouza, 2015)

En el conocimiento sobre el riesgo de adquirir VIH/Sida refieren que ellos tienen poco riesgo de contraer el VIH, pero que tienen mucho riesgo las trabajadoras sexuales, mujeres y hombres bisexuales. Los que tienen poco riesgo se lo dan a mujeres lesbianas 41% teniendo estos una percepción errónea ya que las excluyen del grupo de riesgo cuando en verdad lo tienen ya sea por sí mismas o por la utilización de juguetes sexuales y en cuanto al riesgo personal de contraer el VIH el predominio es en poco riesgo que también es una percepción inadecuada dado que tienen contacto a diario con pacientes portadores del VIH, además del contacto con los diferentes fluidos humanos como está descrito en la literatura de estudios que le preceden. (Valdez Bortesi, Adachi Muranaka, & Gotuzzo Herencia, 2013) (Valdez Bortesi et al., 2013)

En cuanto a las prácticas sexuales de los estudiantes cuestionados, en el inicio de la vida sexual activa (IVSA), tenemos que el grupo más relevante fue entre los 15 a 19 años que es acorde con los estudios realizados a jóvenes donde hay altas tasas de embarazos dado el inicio de vida sexual temprana y falta de educación sexual donde encontramos un porcentaje mayor en jóvenes de edades reproductivas. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2014), seguido en orden descendente los valores de más parejas. diversos estudios señalan que la iniciación sexual de los y las adolescentes ocurre cada vez a menor edad, sin diferencias entre ambos sexos (Pérez-Villegas et al., 2012)

En los motivos del IVSA encontramos un predominio de consentimiento mutuo para tener relaciones sexuales, seguido por el pedido que ejerció la pareja para llevar a cabo el acto sexual; de estos la mayoría no utilizó el condón en su primera relación sexual, aunque paradójicamente es alto el porcentaje de los que si refieren haberlo utilizado, en las mujeres

hay alta conciencia de estabilidad para creación de un núcleo familiar o simplemente para estabilidad de una pareja donde se puede apreciar una madurez sexual ante el pensamiento masculino que está dirigida hacia la satisfacción sexual y prestigio. (Pérez-Villegas et al., 2012) (Domínguez-Fabars & Mercedes, 2017)

En el uso del condón en la primera relación sexual es de 41.0 %, donde más de la mitad de la población cuestionada no usó condón, por lo que se refleja las prácticas sexuales inadecuadas e irresponsables.

En el número de parejas sexuales el grupo más alto es el del rango de 2 a 5 parejas sexuales dato alarmante porque son muy activos sexualmente a pesar de su corta edad, seguido de los que solo han tenido una pareja, pero me llamó la atención que hay algunos con 6 a más parejas sexuales a pesar de su corta edad lo que es un factor importante de adquirir la enfermedad esto es un dato de alarma dado la precocidad de la edad y teniendo tantas parejas sexuales más de alguna vez tendrán una ITS, así como embarazos no deseados. (García Bucardo, 2014)

En el grupo de identidad sexual se refleja un predominio de heterosexuales, encontrándose diferencias estadísticas significativas entre la identidad y sus prácticas de riesgo en heterosexuales y bisexuales con una p menos de 0.05.

En las relaciones sexuales con el mismo sexo fue una mínima incidencia dado que hubo un predominio de relaciones heterosexuales, además encontré que la mayoría de los casos lo usan principalmente para evitar embarazo no deseados, usándolo casi exclusivamente en prácticas sexuales con coito porque se quejan de la disminución del placer y no piensan que sea útil si se toman anticonceptivos, no siendo conscientes de su empleo para evitar ITS en otras prácticas sexuales en correspondencia de estudios previos. (Rivera Teruel, 2016) (Pérez-Villegas et al., 2012) (Torres Robles, 2014).

Los lugares en que la mayoría de los cuestionados obtienen el condón es en las farmacias para un 63.9 % y en segundo lugar los que lo obtienen de bar/pensión/motel, por lo las campañas de prevención deberían de enfocarse en dichos lugares con pósteres de educación para aumentar su uso.

En el uso del condón en la última relación sexual solo 36 refieren haberlo usado que corresponde a un 59 % y de estos el 58.3 % fue mutuo acuerdo. Un riesgo de 4 de cada 10 personas tiene un factor de riesgo porque no está utilizando condones como debería, a pesar de que es promovido a nivel nacional en doble vía, para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual además de estar disponibles y ser gratuitos en todas las unidades de salud del sistema público, más las donaciones que hacen las ONG en ferias y actividades de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, continúa estando su uso por debajo de lo deseado por los adolescentes, así como también no acostumbran en su mayoría tenerlo disponible en todo momento, posiblemente porque los que tienen relaciones lo hacen de forma clandestina y encontrarlo en sus pertenencias es comprometedor o vergonzoso o bien son mal vistas por la sociedad e incluso por su pareja apoyado por el machismo persistente por lo que ellas son las que menos lo portan o lo fomentan. (García Bucardo, 2014) (Pérez-Villegas et al., 2012)

Con respecto a las relaciones sexuales en los últimos 12 meses para un 88.5 %; en cuanto al tipo de pareja sexual en los últimos 12 meses encontramos un predominio en el de novios para un 45.9 % en correlación con estudio previo. (Alvarez-Cabrera et al., 2015) (Torres Robles, 2014)

El consumo de alcohol en últimos 12 meses, predomina un 57.3 % y estos lo hacen de manera mensual con un 82.8 %. Además, hay un predominio de no consumo de estimulantes en las relaciones sexuales que puede ser indicativo de una pareja sexual estable, aunque un

porcentaje de 40.9 % que, si consumen alcohol y otras sustancias para tener relaciones sexuales y que de estos lo hacen de manera ocasional en su mayoría, con un 48.0 %. Y del total de los cuestionados refieren que solo el 39.3 % ha estado expuesto en algún momento a adquirir el VIH.

En cuanto a la práctica personal ante una persona con VIH/Sida el 70.5 % estaría dispuesto a compartir sus alimentos, el 83.6 % cuidaría a un pariente con VIH en su casa, el 90.2 % recibiría clases con compañeros o profesor con VIH. (Lucas Lago, A. M., Porto Esteiro, M., Mosquera Pan, L., & Tizón Bouza, E. (2015).

Referente a las prácticas serológicas a la identificación de lugares para la realización de la prueba de VIH el 62.3 % conoce de los lugares en su comunidad donde realizan la prueba, como es notable aún existe el temor a realizarse el examen sobre todo en aquellos que están en alguna condición de riesgo. (Salamanca Ramos & Romero González, 2017)

la decisión de informar acerca de su estado serológico predomina que un 47.5 % la decisión personal de informar o No sobre sus resultados, solo el 31.1 % considera que se debe compartir su condición serológica con su familia, en un porcentaje menor deciden mantenerlo secreto por las consecuencias que esto le puede conllevar como discriminación,

Encontré que se han realizado la prueba un 55.7% y el tiempo de realización de la última prueba del VIH solo el 38.2 % se la realizó en los últimos 12 meses, de estos el 100 % refiere usar condón después de haberse realizado la prueba de VIH y el 78 % refiere que le gustaría realizársela por primera vez.

En cuanto a las prácticas sexuales de riesgo que realizan los cuestionados encontré un 44.3 % que no tienen prácticas de riesgo, las prácticas que predominaron entre los cuestionados fueron relaciones sexuales con parejas del sexo opuesto con condón y bajo los efectos del alcohol para un 34.4 %, seguido de relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin

condón bajo efectos de alcohol para un 27.9 %. Aunque un poco contradictorio ya que solo el hecho de tener relaciones sexuales con alcohol indica un riesgo porque no está en pleno uso de sus facultades y que probablemente la relación no sea una sola vez o por el consumo de ésta, sean más liberados esos encuentros. El consumo previo de sustancias es un factor determinante en la adopción de conductas de riesgo, específicamente en el inicio de las relaciones sexual, los jóvenes reconocen al alcohol como una de las sustancias más populares que se encuentran a su alcance, permitiéndoles involucrarse en experiencias más arriesgadas y aumentar la excitación entre ellos.(Campos-Rosas et al., 2017) Además encontré que solo 1 de los cuestionados refiere haber padecido una ITS y que el único síntoma que padeció fue picazón/comezón genital, a pesar de saber de ella y que dada su carrera la verán a diario los conocimientos son deficientes (Torres Robles, 2014)

En cuanto a la tabla cruzada de medidas preventivas y sexo, no hay una diferencia significativa entre estas, muy notable la similitud en ambos sexos, que refieren el uso del condón con todas las parejas sexuales y en el sexo femenino también encontré un alto porcentaje en que deben ser monógamos, vemos que si hay un conocimiento acerca de evitar contagiarse del VIH.

En la tabla de las Formas de evitar el VIH vs la Religión, de los cuestionados refirieron usar condón con todas mis parejas predominó con un 58.6 % en la religión católica, en cuanto al tener una sola pareja predominó en la religión evangélica para un 53.8 %, y por último evitar trabajadoras sexuales fue remarcado por cuestionados católicos con un 67.0 %.

En la tabla de donde obtiene el condón vs el sexo tampoco hay una diferencia significativa entre los sexos, una gran mayoría del sexo femenino refiere conseguir el condón en las farmacias y en segundo lugar en el bar/pensión y motel ya que son lugares más discretos de donde las mujeres pueden obtener los condones sin preocupación a ser mal vistas, los del

sexo masculino refieren lugares más variados, aunque si el que predomina es el de las farmacias para ambos sexos.

En cuanto al Sexo vs Disminución del riesgo de transmisión vertical, encontré que la mujer tiene más conocimiento en cuanto a la transmisión vertical madre e hijo, aunque no es una diferencia significativa y en las prácticas que realizan solo las mujeres refieren en su mayoría no realizar ningún tipo de prácticas riesgosas, por lo tanto, se sienten un poco más seguras en que su riesgo es menor, sexualmente hablando aunque no miden el riesgo laboral al que están expuestas.

3.3 Conclusiones

Con respecto a las características sociodemográficas, los estudiantes entrevistados se encontraban en el rango de 17 a 19 años, en su mayoría del sexo femenino, de procedencia urbana, católicos, no trabajan actualmente y de estado civil soltero.

Los entrevistados poseen conocimientos acorde a su nivel educativo y a su edad sobre las ITS y VIH/Sida, pero una baja percepción de riesgo, además de otros factores que incidirán con el inicio temprano de prácticas sexuales, múltiples parejas, parejas de riesgo, el NO uso del condón a pesar de identificarlo como una forma de prevención de la infección del ITS-VIH/Sida, traduciéndose en conducta sexual no responsable, características que los hacen susceptibles de contraer estas infecciones, embarazos no deseados hasta llegar a contagiarse del VIH; además una postura positiva ante los docentes, compañeros de estudio y familia ante el VIH/Sida en los diferentes entornos que será para beneficio de toda la población que demande sus servicios y conciben la necesidad de un personal solidario y empático ante dicha patología. En un futuro esto generara una fácil asimilación en la implementación de medidas preventivas que ayuden a reducir las brechas de riesgo en población joven y en edades reproductivas.

Respecto a las prácticas sexuales acerca de las ITS-VIH/Sida, la mayoría de los estudiantes universitarios expresaron que las prácticas que ellos realizan son lo que han aprendido de su entorno por medio de experiencias vividas en sus grupos sociales, y que saben que son de riesgo, pero no hacen cambios en su actividad sexual, además en la toma de decisiones y acciones ante la existencia de alguna ITS no son suficiente y que se debe de fomentar una educación sexual enfocada en la prevención.

3.4 Recomendaciones

A la Universidad

- Implementar educación sexual y reproductiva en el pensum de secundaria con el fin de educar, orientar y contestar las diferentes interrogantes que tengan los jóvenes para prepararlos a su llegada a la universidad como antesala a la convivencia para un desarrollo sexual con salud, donde ya estarán más libres y tomarán su sexualidad con más responsabilidad.
- Desarrollar jornadas educativas para la promoción de la salud sexual en contexto universitario que fomenten estilos de vida saludables.
- El material educativo sobre sexualidad debe ser revisado y actualizado periódicamente de modo que refleje los avances en los temas y en la forma de tratar los contenidos. En cada país el currículo debe abordar el tema del respeto a la diversidad sobre orientación, preferencia e identidad sexuales, y en particular el manejo apropiado de la educación para prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/Sida. Los esfuerzos de evaluación de la efectividad de los programas deben contemplar desenlaces tales como marcadores biológicos (incidencia y prevalencia de ITS y embarazo) y no únicamente indicadores de conocimiento y comportamiento sexual auto reportado.
- Poner en práctica los principios básicos que contribuyen a la disminución y control de las ITS y VIH/Sida entre los que se distinguen: fidelidad mutua, sexo seguro, sexo protegido, prevención, interrupción de la cadena de transmisión, abstinencia sexual, uso correcto del condón.

A los Padres de Familia

- Intervenir de manera adecuada y conjunta, para velar por la salud y bienestar de una población sensible y sujeta a innumerables cambios, como son los adolescentes y fortalecer la educación familiar buscando espacios de reflexión.
- El mutismo del ambiente familiar en lo que respecta a la sexualidad del adolescente, hace que los jóvenes busquen otras fuentes de información y que valoren positivamente el hecho de recibir charlas de sexualidad adaptadas a sus necesidades. Así mismo proponen algunas alternativas para el manejo de estas charlas, como por ejemplo que se desarrollen en centros más accesibles en los que se garantice su intimidad o que se inicien los programas de educación sexual a edades más tempranas en los colegios, un entorno conocido, lejos de los prejuicios de los adultos y rodeado de otros jóvenes con los que comparte dudas, hechos que fomentan la libertad y la espontaneidad a la hora de hablar de sexo.

A los estudiantes

- Participación activa en jornadas educativas y con potencial resolutivo ante deficiencias detectadas en los estudiantes y transformarlos en jóvenes empoderados de su sexualidad, brindarles la capacitación necesaria para realizar con calidad y eficiencia la intervención educativa comunitaria, estableciendo a través de Círculos de interés, conferencias, materiales audiovisuales, clubes estudiantiles, talleres, debates y otras.

CAPITULO IV BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez-Cabrera, J., Müller-Alfonzo, A., & Vergara-Jara, V. (2015). Conducta Sexual Y Nivel De Conocimiento Sobre. *Cimel*, 2, 44–50. Retrieved from <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/ojs2/index.php/rfcs/article/view/165>
2. Campos-Rosas, M., Castro-Pari, W., Torres-Romucho, Á., & Arizaca-Oblitas, M. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH – SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. *Rev Med Panacea*, 7(1), 10–22. Retrieved from <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/36/35>
3. Capote Rodríguez, A., Ciria Martín, A., Pérez Piñero, J. S., Núñez Fernández, J., & Pereira Miñoso, Y. (2016). Consumo de sustancias tóxicas en adolescentes con infecciones de transmisión sexual TT - Toxic substances consumption by adolescent with sexually transmitted infections. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi161h.pdf>
4. Casey, J. M., Kim, Y., Andersen, P. R., Watson, K. F., Fox, J. L., & Devare, S. G. (1985). Human T-cell lymphotropic virus type III: Immunologic characterization and primary structure analysis of the major internal protein, p24. *Journal of Virology*, 55(2), 417–423. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2410630>
5. Castillo-Arcos, L. D. C., Álvarez-Aguirre, A., Bañuelos- Barrera, Y., Valle-Solís, M. O., Valdez-Montero, C., & Kantún-Marín, M. A. de J. (2016). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería Global*, 16(1), 168. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>
6. Catholic Relief Services, C., & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unice. (2007). Encuesta de línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre

- salud sexual y VIH/Sida en niños, niñas y adolescentes en Dajabón y Wanament. *Finance*, (October 2006), 2007–2007.
7. CNN en Español 69% de los infectados de VIH en Nicaragua son jóvenes | CNN. (2017). Retrieved November 24, 2019, from <https://cnnespanol.cnn.com/2017/06/15/69-de-los-infectados-de-vih-en-nicaragua-son-jovenes/>
 8. Delgado Orozco, H. E., & Pérez Sirias, A. M. (2014). *Conocimientos, actitudes y practicas de riesgo de infecciones de transmision sexual en mujeres de 10-40 años, usuarias del puesto de salud Agustin Winchang Municipio de la Cruz de Río Grande-RACS de Junio a Diciembre del 2014*. (UNAN Managua). Retrieved from <http://repositorio.unan.edu.ni/6594/>
 9. Detección y diagnóstico del VIH: MedlinePlus enciclopedia médica. (2019). Retrieved November 25, 2019, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003538.htm>
 10. Domínguez-Fabars, A. ;Guzmán-S. I. D.-S. R.-L. R. R.-C. C., & Mercedes, C.-R. S. de las. (2017). Sexualidad responsable en adolescentes residentes en dos localidades santiagueras. *Santiago*, (142), 161–171. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/327140777_Sexualidad_responsable_en_adolescentes_residentes_en_dos_localidades_santiagueras
 11. Dra Ana Maria Pizarro, S. M. (2017). *Nicaragua Vih y Sida: Situación de las mujeres*. Retrieved from file:///C:/Users/siman/Downloads/Nicaragua-Mujeres-y-VIH-AMP-9-junio-2017.pdf
 12. Escobar Izaguirre -Bra Sonia Mariel González Castellón -Bra Georgina Elizabeth Guadamuz Sampson, M. (2006). Seroprevalencia al VIH en grupos de riesgo en la

- frontera de el Guasaule, Somotillo y Villanueva en el período del mes de Junio al mes de Agosto del año 2006. Retrieved from <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/1569/1/200521.pdf>
13. Estadístico, A. (2016). *Anuario Estadístico 2016*. Retrieved from www.inide.gob.ni.
 14. F. Nazida. Laboratory test for detection of human Immunodeficiency virus type 1 infection. *Clin Diagn Lab Immunol.*, 2 (1995), pp. 637-645. (1995). Retrieved November 27, 2019, from [https://www.google.com/search?safe=strict&rlz=1C1CHBF_esNI806NI806&sxsrf=ACYBGNRUe3hLQybNCb9V9TOByaFeACti4Q:1574915013872&q=F.+Nazida.+Laboratory+test+for+detection+of+human+Immunodeficiency+virus+type+1+infection.+Clin+Diagn+Lab+Immunol.,+2+\(1995\),+pp.+6](https://www.google.com/search?safe=strict&rlz=1C1CHBF_esNI806NI806&sxsrf=ACYBGNRUe3hLQybNCb9V9TOByaFeACti4Q:1574915013872&q=F.+Nazida.+Laboratory+test+for+detection+of+human+Immunodeficiency+virus+type+1+infection.+Clin+Diagn+Lab+Immunol.,+2+(1995),+pp.+6)
 15. Fernández Rodríguez, I. C., Martín Alfonso, C. L., & Pérez Suárez, P. J. (2015). Comportamientos relacionados con el proceso salud-enfermedad de adolescentes del Policlínico Luis Turcios Lima TT - Related to the health-disease process adolescent behaviors Polyclinic Luis Turcios Lima. *Rev. Hosp. Psiquiátr. La Habana*, 12(3). Retrieved from http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro_3/comportamientos_relacionados.html
 16. Galiwango, R. M., Musoke, R., Lubyayi, L., Ssekubugu, R., Kalibbala, S., Ssekweyama, V., ... Kigozi, G. (2013). Evaluation of current rapid HIV test algorithms in Rakai, Uganda. *Journal of Virological Methods*, 192(1–2), 25–27. <https://doi.org/10.1016/j.jviromet.2013.04.003>
 17. García-Mora, A., Mendoza-Brizio, M. A., González-Gutiérrez, A., Hernández-González, M., & Ginnette Ortega-Escamilla, P. (2014). Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes de la Facultad de Planeación Urbana y

- Regional de la Universidad Autónoma del Estado de México. *Medicina e Investigación*, 2(2), 121–127. [https://doi.org/10.1016/s2214-3106\(15\)30008-x](https://doi.org/10.1016/s2214-3106(15)30008-x)
18. García Bucardo, C. M. (2014). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes entre 13 y 20 años en 6 barrios de managua , durante el periodo 2011-2013. Retrieved from <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7688>
19. García, F., Álvarez, M., Bernal, C., Chueca, N., & Guillot, V. (2011). Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(4), 297–307. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2010.12.006>
20. Guralnik, J. M., & Ferrucci, L. (2003). Assessing the building blocks of function: Utilizing measures of functional limitation. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3 SUPPL. 2), 112–121. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00174-0](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00174-0)
21. Healey, D. S., Maskill, W. J., Howard, T. S., Armstrong, V. A., Bolton, W. V, Cooper, G. J., ... Johnson, S. (1992). HIV-1 western blot: development and assessment of testing to resolve indeterminate reactivity. *AIDS (London, England)*, 6(7), 629–633. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1503682>
22. Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), M. de S. (MINSA). (2014). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12. Informe Final*. 804. Retrieved from <http://www.nicasalud.org.ni/wp-content/uploads/2016/05/UNFPA-UNICEF-MINSA-2014-ENDESA-2011-2012-NICARAGUA.pdf>
23. Janssen, R. S., Satten, G. A., Stramer, S. L., Rawal, B. D., O'Brien, T. R., Weiblen, B. J., ... Busch, M. P. (1998). New testing strategy to detect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. *Journal of the*

- American Medical Association*, 280(1), 42–48. <https://doi.org/10.1001/jama.280.1.42>
24. Jiménez García, D. A. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH en estudiantes de quinto año de Medicina de Universidad Católica, junio-septiembre de 2016 | Senderos Universitarios. (n.d.). Retrieved September 28, 2019,. Retrieved from <http://www.revistasnicaragua.net.ni/index.php/senderosu/article/view/3654>
25. Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Del, M., Aguirre-García, C., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Aportaciones Originales Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 38–43.
26. Luces Lago, A. M., Porto Esteiro, M., Mosquera Pan, L., & Tizón Bouza, E. (2015). Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enfermería Global*, 14(3), 137–154. Retrieved from <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/199371/177261>
27. MINSA. (2018). Mapa de Salud Ministerio de salud. Retrieved October 5, 2019, from <http://mapasalud.minsa.gob.ni/>
28. OMS. (2019). Infecciones de transmisión. Retrieved from Infecciones de transmisión website: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
29. ONUSIDA. (2018). Retrieved November 27, 2019, from <https://www.unaids.org/es>
30. OPS/OMS. (2017). vacunación VPH en la region de las americas. Retrieved November 25, 2019, from Vacunación VPH en la región de las Americas website: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=im-vph-productos-cientificos-y-tecnicos&alias=44523-vacunacion-vph-

region-americas-lecciones-aprendidas-introduccion-estrategias-comunicacion-2017-523&Itemid=270&lang=es

31. OPS/OMS Nicaragua - Tú respeto y apoyo a las personas con VIH, tiene un gran valor: el valor humano de la solidaridad. (2017). Retrieved November 24, 2019, from https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=909:tu-respeto-y-apoyo-a-personas-con-vih-tiene-un-gran-valor-valor-humano-de-solidaridad&Itemid=244
32. PAHO. (2016). PAHO | Infecciones de Transmisión Sexual. Retrieved October 25, 2019, from 2016 website: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=452&Itemid=72430&lang=es
33. Pavón López, Yessenia del Socorro; Chamorro Cabistán, Sandra; Aguilar Largaespada, I. C. (2015). Conocimiento, actitudes y prácticas acerca de las Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes del 11° grado, Colegio Público del Poder Ciudadano *Experimental México* Managua, I - II semestre, 2015. (UNAN Managua). Retrieved from <http://repositorio.unan.edu.ni/2427/>
34. Pérez-Villegas, R., Agurto-Vásquez, K., Contreras-Escobar, K., Medina-Jara, L., Muñoz-Henríquez, C., Parra-Villarroe, J., & Sáez-Carrillo, K. (2012). Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos, 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(4), 327–333. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v63n4/v63n4a04.pdf>
35. Rivera Teruel, C. Y. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas en la prevención sobre las infecciones de transmisión sexual vih/sida en los estudiantes de bachillerato

- del instituto manuel pagán lozano mes de mayo junio 2016.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
36. Salamanca Ramos, E., & Romero González, E. (2017). Comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio (Meta, Colombia). *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(2), 53. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie19-2.ctva>
37. Sandoval Velasquez, M. Y., Gutierrez Palma, R. A., & Rizo Oporta, D. E. (2015). Conocimiento y práctica sobre educación sexual que poseen los estudiantes de Quinto Año de las Carreras del Instituto Politécnico de la salud, Polisal, UNAN- Managua. II Semestre (Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
38. Stefano Buttò(a), Barbara Suligoi(b), E. F.-B. and M. R. (2010). Laboratory diagnostics for HIV infection. Retrieved November 27, 2019, from http://old.iss.it/binary/publ/cont/ANN_10_01_04.pdf
39. Suligoi, B., Massi, M., Galli, C., Sciandra, M., Di Sora, F., Pezzotti, P., ... Rezza, G. (2003). Identifying recent HIV infections using the avidity index and an automated enzyme immunoassay. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32(4), 424–428. <https://doi.org/10.1097/00126334-200304010-00012>
40. Taleno Espinoza, E. J. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH-SIDA en estudiantes de la Universidad Hispano Americana, sede Masaya, Nicaragua. Marzo del 2013 (UNAN Managua). Retrieved from <http://repositorio.unan.edu.ni/7593/>
41. Tebourski, F., Slim, A., & Elgaaied, A. (2004). The significance of combining World Health Organization and Center for Disease Control criteria to resolve indeterminate

- human immunodeficiency virus type-1 Western blot results. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, 48(1), 59–61.
<https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2003.08.004>
42. Torres Robles, J. C. (2014). Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. *Epidemiología, Percepción y Conocimiento. Paraninfo Digital*, 8(20), 1–12.
Retrieved from <http://www.index-f.com/para/n20/083.php>
43. Valdez Bortesi, H., Adachi Muranaka, R., & Gotuzzo Herencia, E. (2013). Prácticas sexuales en la población universitaria de Lima: Análisis de los factores de riesgo para la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Medica Herediana*, 2(1). <https://doi.org/10.20453/rmh.v2i1.298>
44. Viera, D. L., Valdés, E. A., & Martínez, N. P. (2009). Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual - Monografias.com. Retrieved November 25, 2019, from <https://www.monografias.com/trabajos79/prevencion-infecciones-transmision-sexual/prevencion-infecciones-transmision-sexual.shtml>
45. Weber, B. (2006). Screening of HIV infection: Role of molecular and immunological assays. *Expert Review of Molecular Diagnostics*, Vol. 6, pp. 399–411.
<https://doi.org/10.1586/14737159.6.3.399>

CAPITULO V ANEXOS

5.1 Tablas y Gráficos

Tabla 1

Características Demográficas de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019*

n=61		
Edad	No	Porcentaje
17 – 19	32	52.5
20 – 24	29	47.5
Sexo		
Femenino	36	59.0
Masculino	25	41.0
Procedencia		
Urbana	43	70.5
Rural	18	29.5
Estado Civil		
Soltero	51	83.6
Casado/Acompañado	10	16.4
n=49		
Religión		
Católica	26	53.1
Evangélica	23	46.9

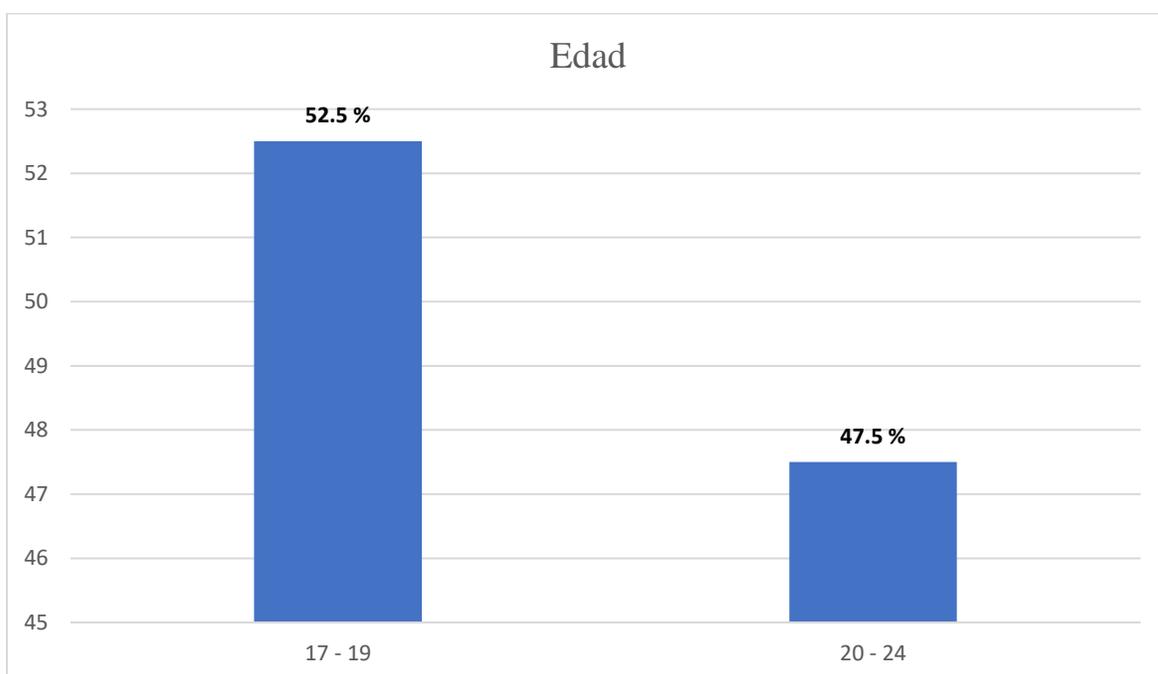
Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas en ITS Y VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*Solo trabaja el 6.6 % de la población entrevistada estudiaba y trabajaba.

*El 20% de la población cuestionada no profesa ningún tipo de religión.

Gráfico 1

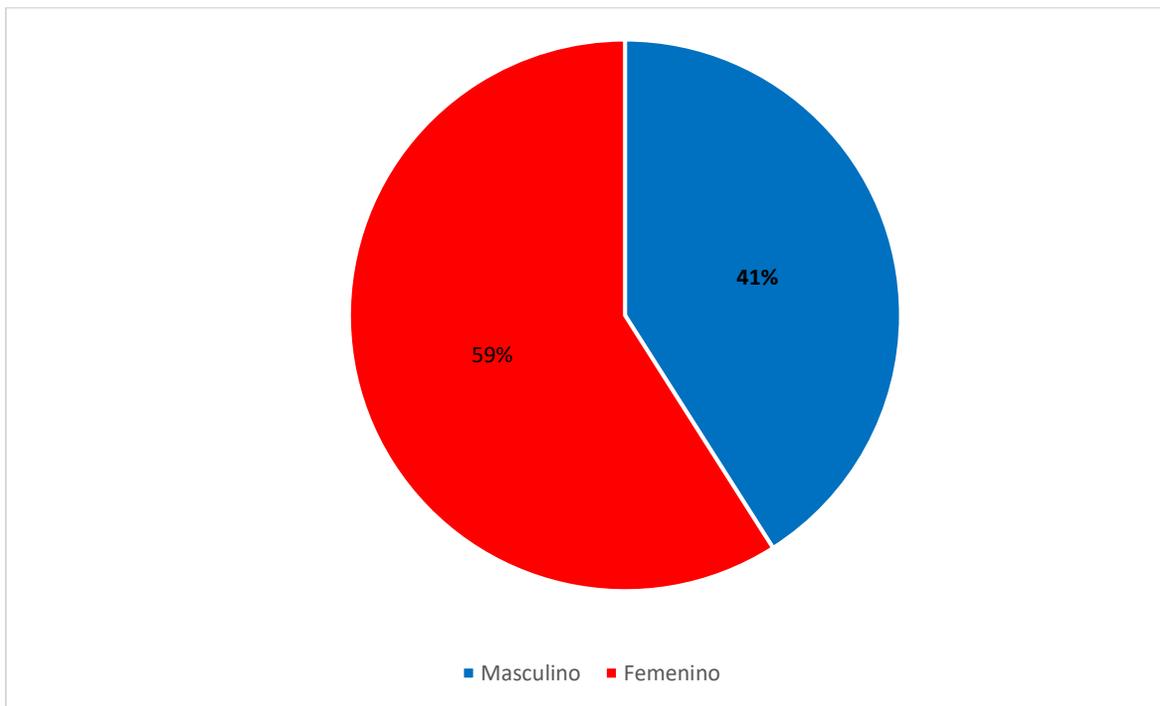
Edad de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 1

Gráfico 1.2

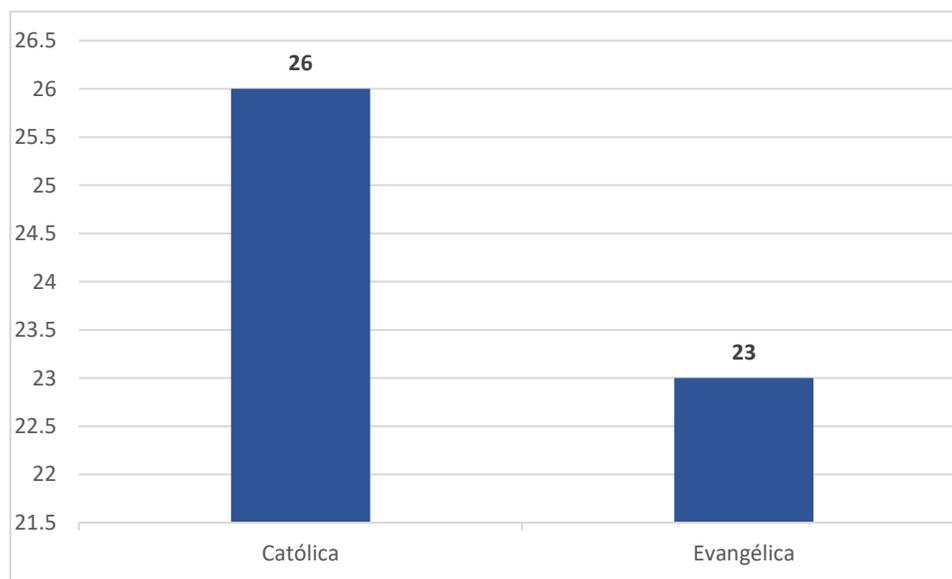
Sexo de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 1

Gráfico 1.3

Religión de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 1

Tabla 2
Conocimientos sobre ITS – VIH/Sida de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

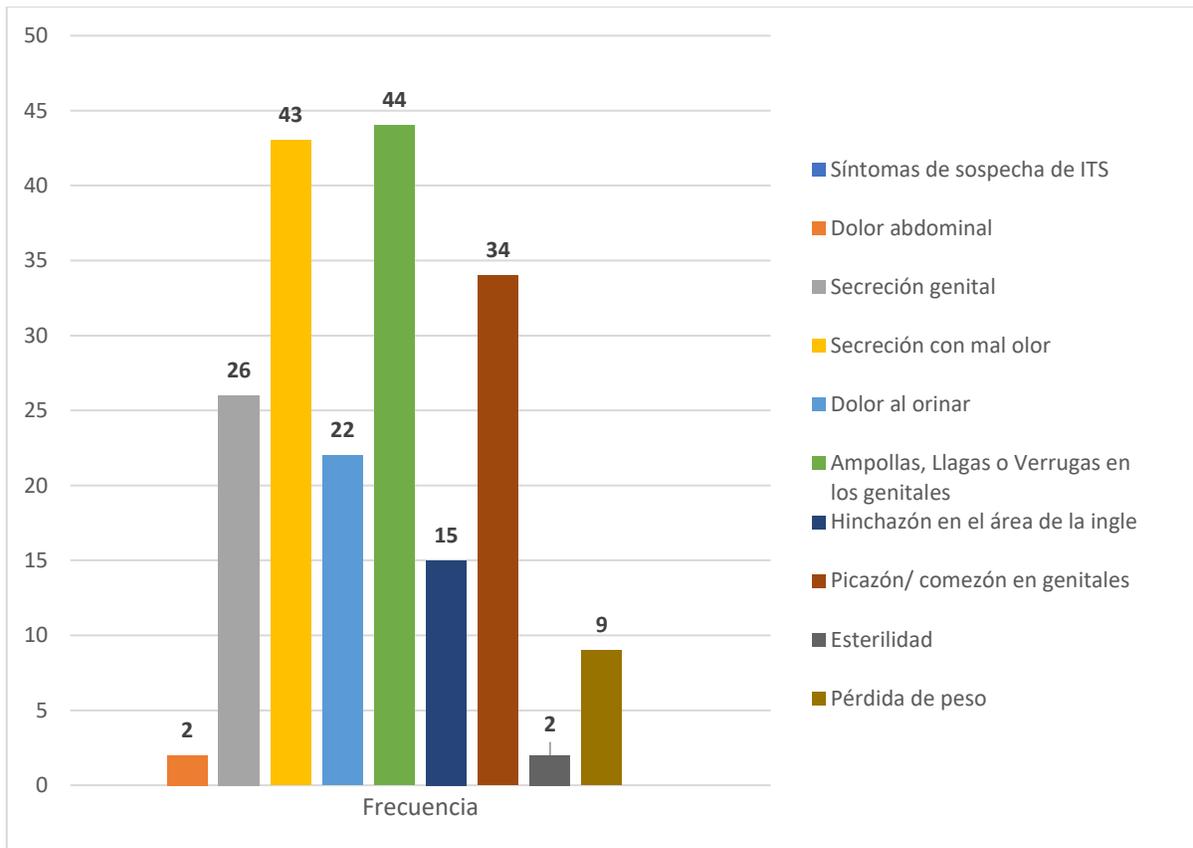
	n=61	
	No	Porcentaje
Ha escuchado de las ITS	61	100.0
Síntomas de sospecha de ITS		
Ampollas, Llagas o Verrugas en los genitales	44	73.3
Secreción con mal olor	43	71.6
Picazón/ comezón en genitales	34	56.6
Secreción genital	26	43.3
Dolor al orinar	22	36.6
Hinchazón en el área de la ingle	15	25.0
Pérdida de peso	9	15.0
Dolor abdominal	2	3.3
Esterilidad	2	3.3
Ha oído hablar sobre el VIH o el Sida	61	100.0
Modo de transmisión		
Por relaciones sexuales	56	91.8
Al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó	43	70.5
Recibiendo transfusión de sangre	29	47.5
Donando sangre	13	21.3
Por una picada de mosquito	5	8.2
Por compartir objetos (platos, cucharas, vasos, ropa, etc.)	5	8.2
La diferencia entre VIH y Sida		
Es más grave el Sida	33	54.1
Es lo mismo	18	29.5
Es más grave el VIH	10	16.4
Medidas de Prevención		
Utilizando condón con todas mis parejas	32	52.5
Teniendo una sola pareja sexual	32	52.5
Hacerme la prueba del VIH	8	13.1
Tener sexo solo con personas conocidas	8	13.1
Evitar relaciones con trabajadoras sexuales	6	9.8
Evitar relaciones con homosexuales	5	8.2
Tener relaciones sexuales sin penetración	2	3.3
Evitar el sexo oral	2	3.3
Evitar tener sexo anal (por atrás)	2	3.3

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*El 100% de los sujetos en estudio habían escuchado de las ITS-VIH/Sida.

Gráfico 2

Conocimientos de las Infecciones de Transmisión Sexual de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 2

Tabla 3

Conocimientos sobre transmisión vertical y riesgo de adquirir el VIH/Sida de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

	n=61	
	No	Porcentaje
Una mujer embarazada con VIH transmite el virus a su bebé	51	83.6
Medidas para prevenir la transmisión vertical		
Tomar su tratamiento (antirretroviral)	39	63.9
Evitar dar el pecho al bebé	20	32.8
Tener a su bebé por cesárea	19	31.1
No puede hacer nada	3	4.9
Separarse del bebé	1	1.6
Una persona que se ve saludable puede tener el VIH	49	80.3
Estas en riesgo de contraer el VIH	27	44.3
Identifica los lugares para realizarse prueba VIH en la comunidad	38	62.3
Personas en riesgo de contraer el VIH		
Los hombres homosexuales	55	90.2
Las personas que se inyectan drogas	53	86.9
Las mujeres solteras con vida sexual.	52	85.2
Las mujeres casadas	52	85.2
Los hombres solteros con vida sexual	51	83.6
Los hombres casados	49	80.3

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*El total de cuestionados refieren que las trabajadoras sexuales/prostitutas, las mujeres y hombres bisexuales tienen mucho riesgo de contraer el VIH.

Tabla 4

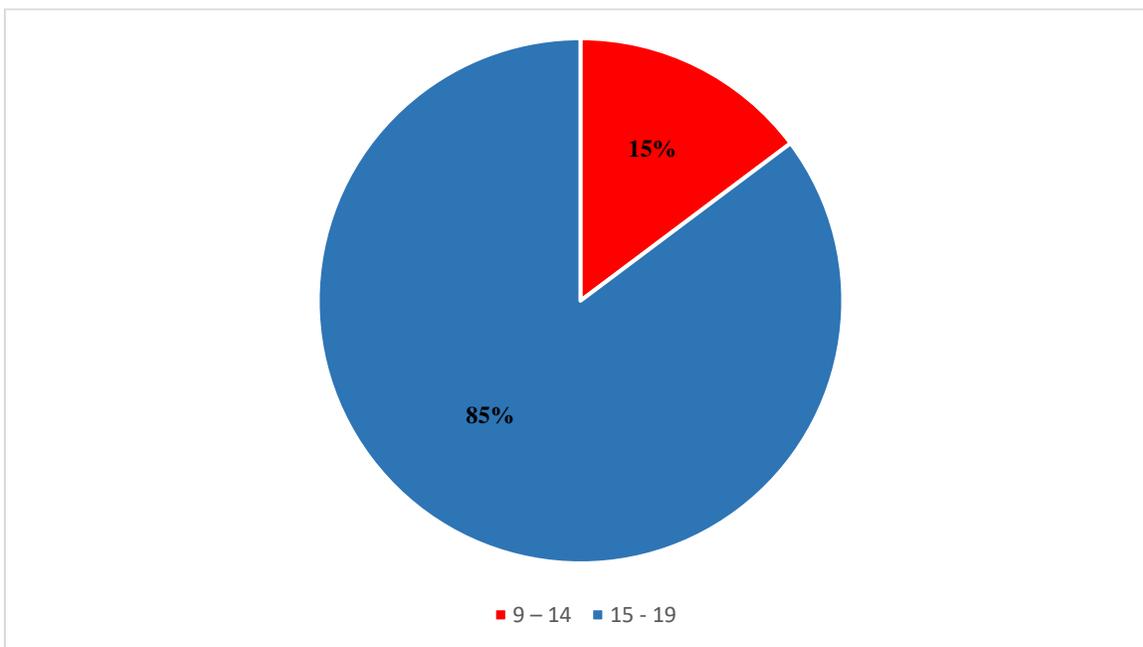
*Prácticas Sexuales de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud
UNAN – Managua, octubre 2019*

	n=61	
Edad IVSA	No	Porcentaje
9 – 14	9	14.8
15 – 19	52	85.2
Motivo de primera relación sexual		
Decisión de Ambos	45	73.7
Pedido x pareja	10	16.4
Forzada	4	6.6
Presión pareja	2	3.3
Uso de condón 1era relación sexual	25	41.0
No de parejas Sexuales		
1	24	39.3
2 - 5	31	51.0
6 a más	6	9.8
Identidad sexual		
Heterosexual	54	88.6
Bisexual	7	11.4
Relaciones con el mismo sexo	7	11.4
Por qué utiliza condón en tus relaciones sexuales		
Evitar un embarazo	42	68.9
Evitar una enfermedad	18	29.5
Por sentirse seguro	18	29.5
Por higiene	6	9.8
Donde obtiene el condón		
Farmacias	39	63.9
Bar/pensión/motel	11	18.0
Centro de salud	8	13.1
Supermercado	7	11.5
Clínica privada	5	8.2
Promotor de salud	4	6.6
Pulperia	2	3.3
Amigo	1	1.6
Uso de condón en la última relación sexual	36	59.0
Persona que propuso el uso del condón		n=36
Ambos	21	58.3
Vos	14	38.8
La otra persona	1	2.7

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

Gráfico 4

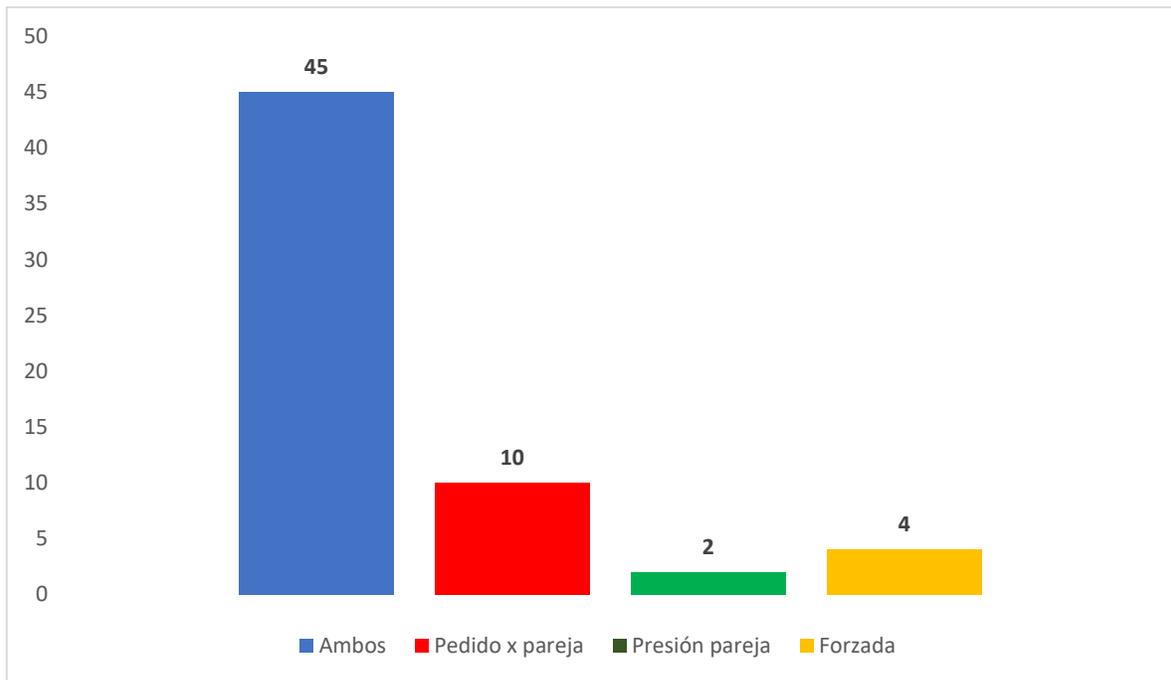
Edad del IVSA de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.1

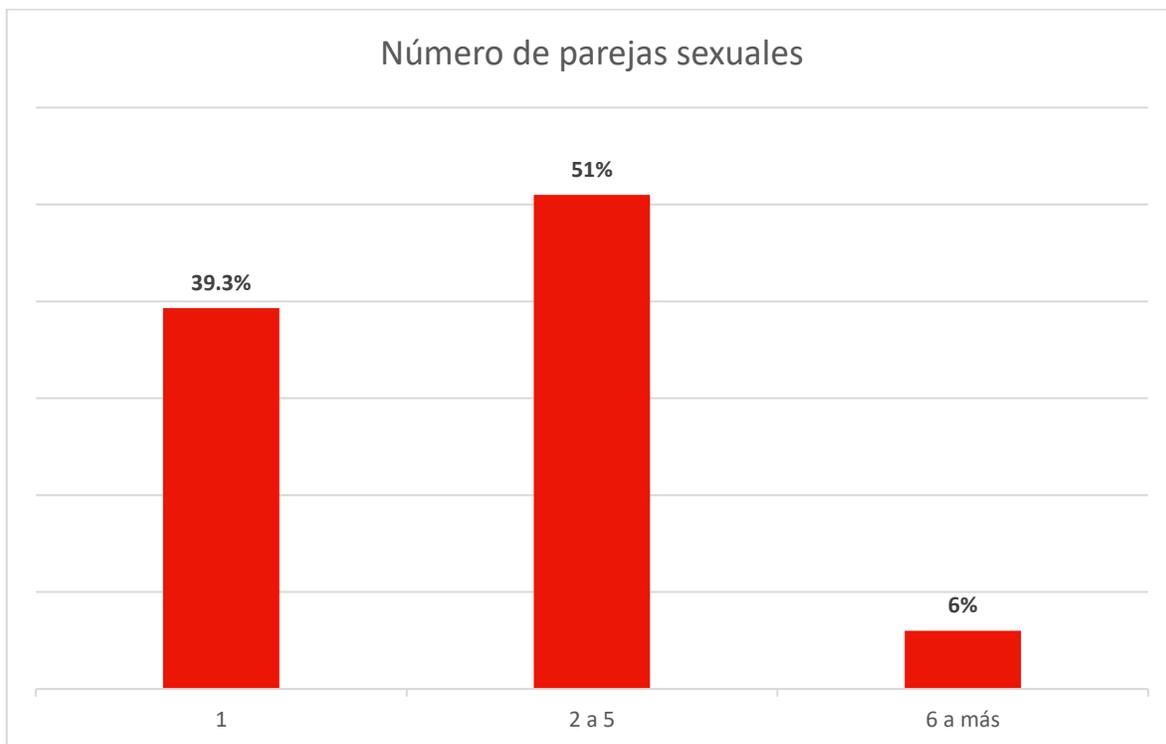
Motivo de primera relación sexual de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.2

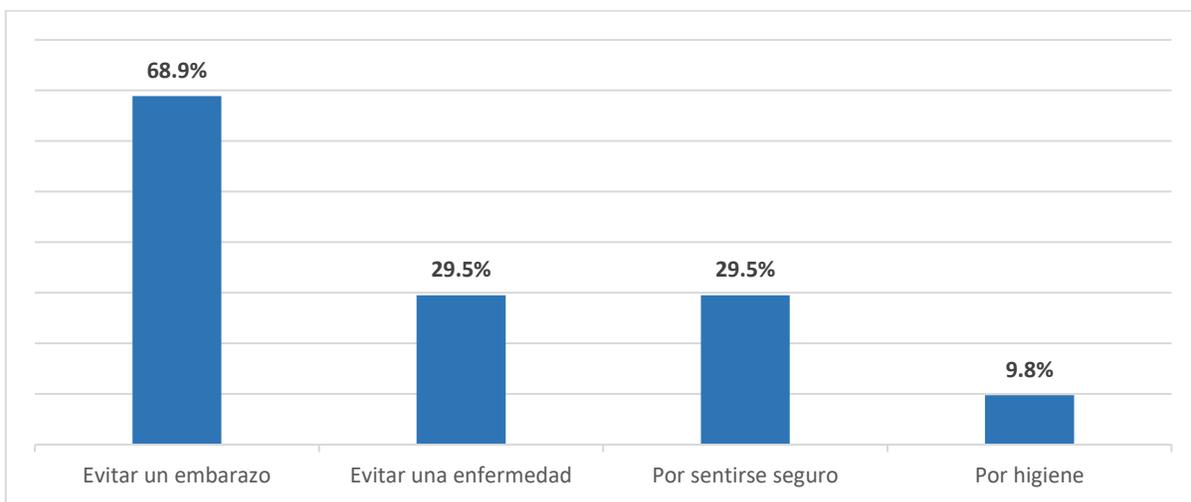
Número de parejas sexuales de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 4

Gráfico 4.3

Razones por las que usa el condón en sus relaciones sexuales de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

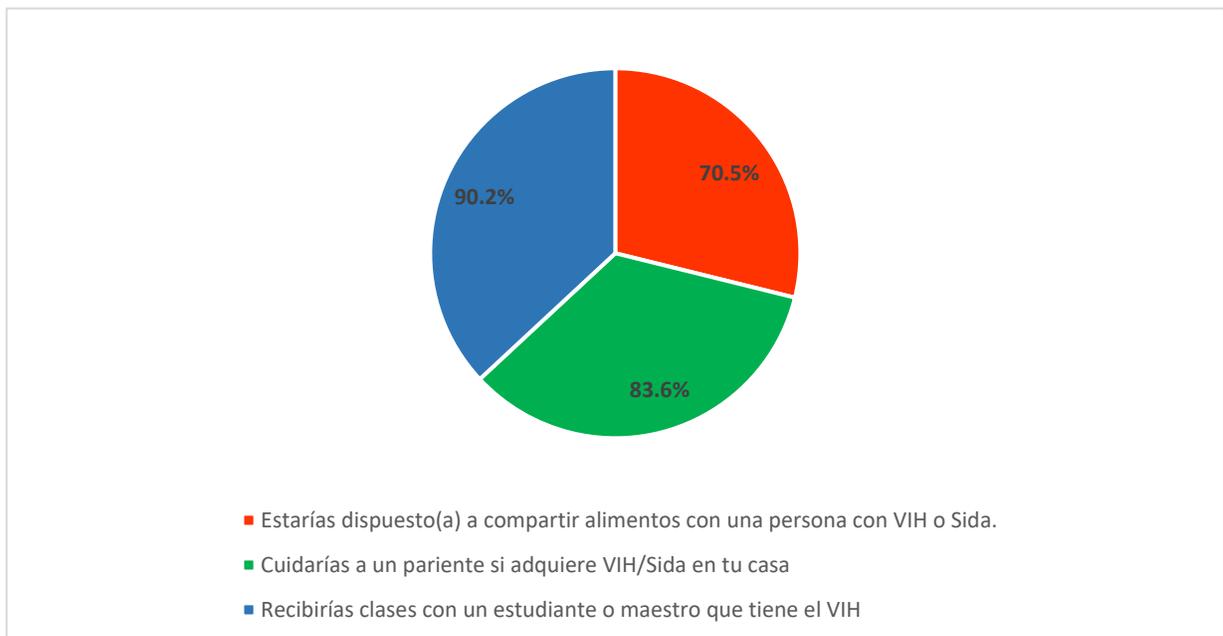
Prácticas Sexuales en los últimos 12 meses de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

	n=61	
	No	Porcentaje
Relaciones Sexuales en los últimos 12 meses	54	88.5
Tipo de pareja sexual en los últimos 12 meses		
Novio	28	45.9
Amigo/a	16	26.2
Pareja	15	24.6
Consumo de Alcohol en los últimos 12 meses	35	57.3
		n=35
Frecuencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses		
Mensual	29	82.8
Semanal	6	17.1
Relaciones Sexuales bajo efecto de alcohol u otro	25	40.9
		n=25
Frecuencia de relaciones sexuales bajo efectos de alcohol u otro		
Ocasionalmente	12	48.0
Algunas Veces	7	28.0
Una sola vez	5	20.0
Siempre	1	4.0
Usó condón en relaciones sexuales con efectos de alcohol u otro	22	88.0
		n=61
Has estado expuesto a adquirir el VIH en algún momento	24	39.3
Práctica personal ante una persona con VIH		
Estarías dispuesto(a) a compartir alimentos con una persona con VIH o Sida.	43	70.5
Cuidarías a un pariente si adquiere VIH/Sida en tu casa	51	83.6
Recibirías clases con un estudiante o maestro que tiene el VIH	55	90.2

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

Gráfico 5

Práctica Personal ante una persona con VIH de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 5

Tabla 6

Prácticas Serológica en VIH/ Sida de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

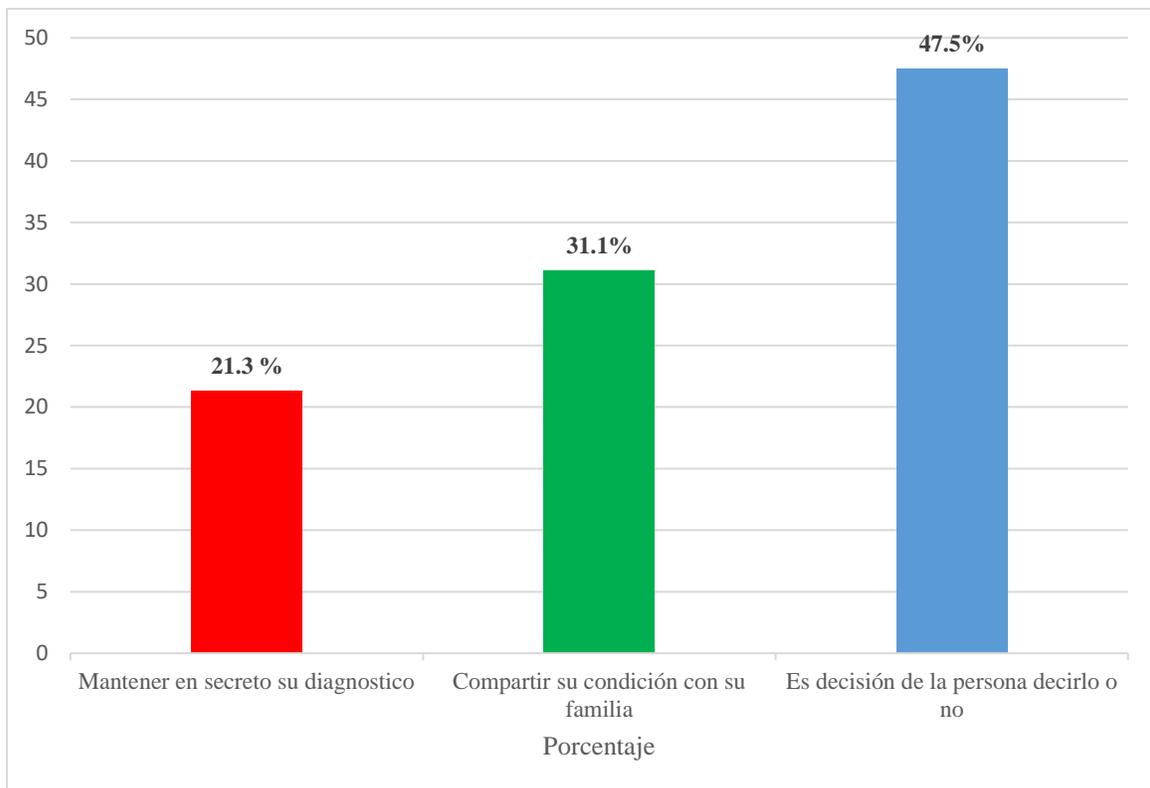
	No	n=61 Porcentaje
Decisión de informar sobre su estado serológico		
Es decisión de la persona decirlo o NO	29	47.5
Compartir su condición con su familia	19	31.1
Mantener en secreto su diagnostico	13	21.3
Realización de prueba de VIH	34	55.7
Tiempo de la última prueba del VIH realizada		
		n=34
En los últimos 12 meses	13	38.2
De 1- 2 años	12	35.2
De 2 - 4 años	6	17.6
Más de 4 años	3	8.8
		n=34
Después de conocer tus resultados de la prueba en VIH, has utilizado condón.	34	100
		n=27
Te gustaría realizarla la prueba por primera vez	21	78.0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*De los cuestionados, 27 no se han realizado la prueba, 21 quieren hacérsela por primera vez y 6 no quieren hacérsela.

Gráfico 6

Prácticas con respecto a la decisión de informar sobre su estado serológico de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

Prácticas Sexuales de riesgo de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

	n=61	
¿Cuáles de las siguientes prácticas sexuales has realizado?	Frecuencia	Porcentaje
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos del alcohol	21	34.4
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón bajo efectos del alcohol	17	27.9
Sexo vaginal con parejas del sexo opuesto con condón	13	21.3
Sexo oral sin condón	10	16.4
Sexo anal con parejas del sexo opuesto sin condón	6	9.8
Sexo anal con parejas del mismo sexo con condón	5	8.2
Sexo anal con parejas del sexo opuesto con condón	5	8.2
Sexo vaginal con parejas del mismo sexo sin condón	5	8.2
Sexo anal con parejas del mismo sexo sin condón	3	4.9
Relaciones sexuales con personas del mismo sexo sin condón bajo efectos del alcohol	2	3.3
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efecto del alcohol y drogas	2	3.3
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos de drogas	2	3.3
Relaciones sexuales con personas del mismo sexo con condón bajo efectos del alcohol	1	1.6
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto sin condón y bajo efectos de alcohol y drogas	1	1.6
Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos de drogas	1	1.6

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*Solamente un cuestionado dijo que había tenido una infección de transmisión sexual y que su sintomatología fue picazón/comezón genital.

** El 44.3 % del total de los cuestionados refieren que no tienen ninguna de estas prácticas sexuales.

Tabla 8

Medidas de prevención vs Sexo de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

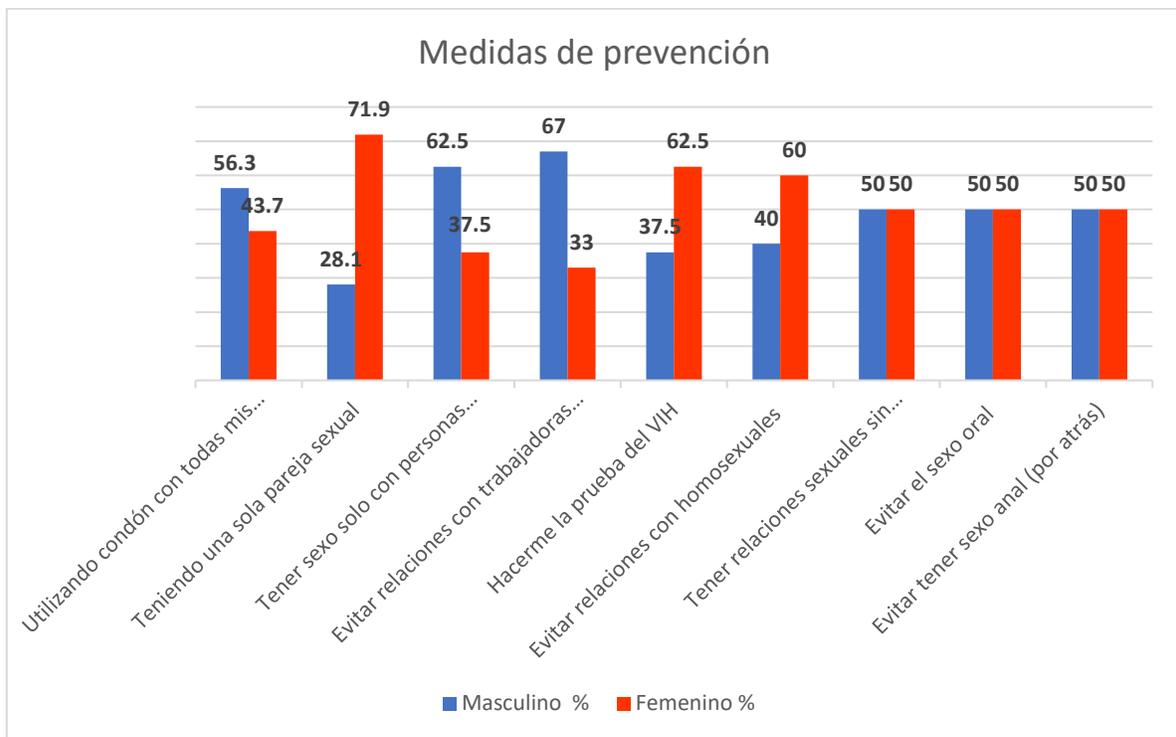
Medidas de Prevención	Sexo				n=61	
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Utilizando condón con todas mis parejas	18	56.3	14	43.7	32	31.6
Teniendo una sola pareja sexual	9	28.1	23	71.9	32	31.6
Tener sexo solo con personas conocidas	5	62.5	3	37.5	8	7.9
Evitar relaciones con trabajadoras sexuales	4	67.0	2	33.0	6	5.9
Hacerme la prueba del VIH	3	37.5	5	62.5	8	7.9
Evitar relaciones con homosexuales	2	40.0	3	60.0	5	4.9
Tener relaciones sexuales sin penetración	1	50.0	1	50.0	2	3.3
Evitar el sexo oral	1	50.0	1	50.0	2	3.3
Evitar tener sexo anal (por atrás)	1	50.0	1	50.0	2	3.3

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*El 100% de los cuestionados refiere que el tener muchas parejas sexuales NO es una medida de prevención.

Gráfico 8

Conocimiento de las medidas de prevención vs Sexo de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 8

Tabla 9
Formas de evitar el VIH vs Religión de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

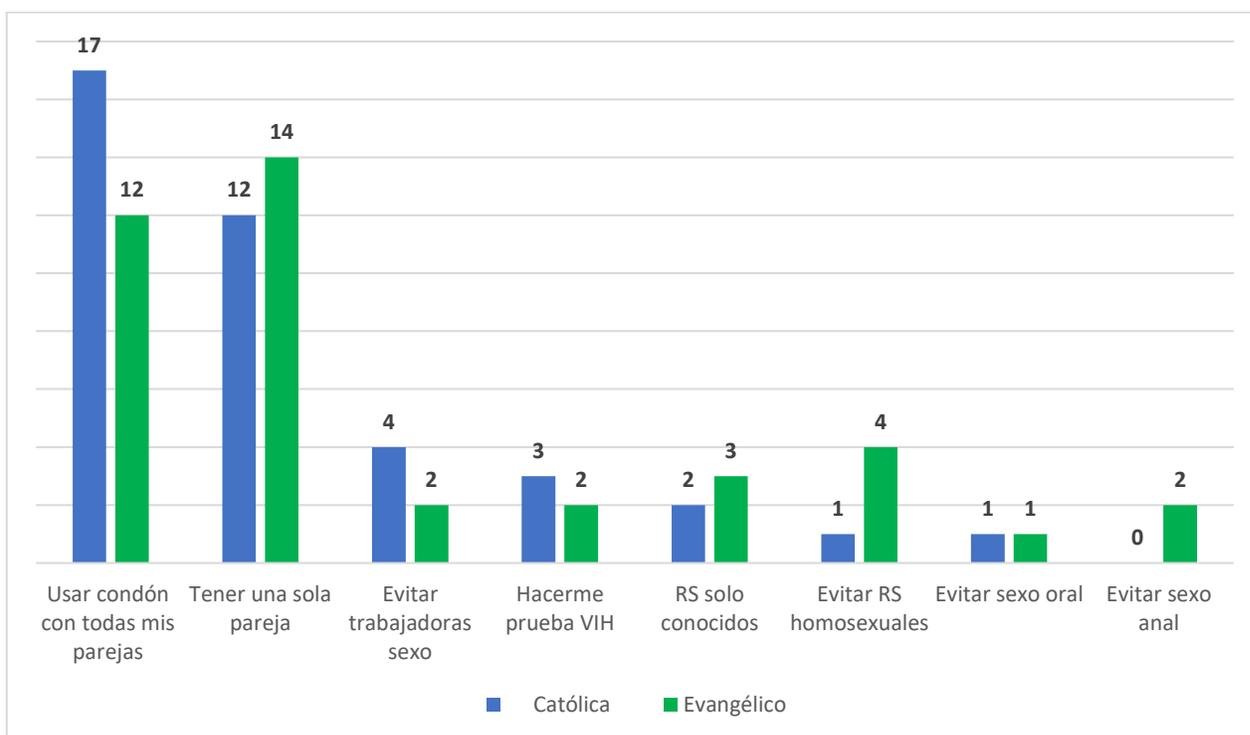
Formas de evitar el VIH	Católica		Evangélico		Total	
	No	%	No	%	No	%
Usar condón con todas mis parejas	17	58.6	12	41.4	29	100.0
Tener una sola pareja	12	46.2	14	53.8	26	100.0
Evitar trabajadoras sexo	4	67.0	2	33.3	6	100.0
Hacerme prueba VIH	3	60.0	2	40.0	5	100.0
RS solo conocidos	2	40.0	3	60.0	5	100.0
Evitar RS homosexuales	1	20.0	4	80.0	5	100.0
Evitar sexo oral	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Evitar sexo anal	0	0	2	100.0	2	100.0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

*Teniendo muchas parejas sexuales todos los cuestionados refieren que no es una medida de prevención.

Gráfico 9

Formas de evitar el VIH vs Religión de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

Lugar de adquisición del condón vs Sexo de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

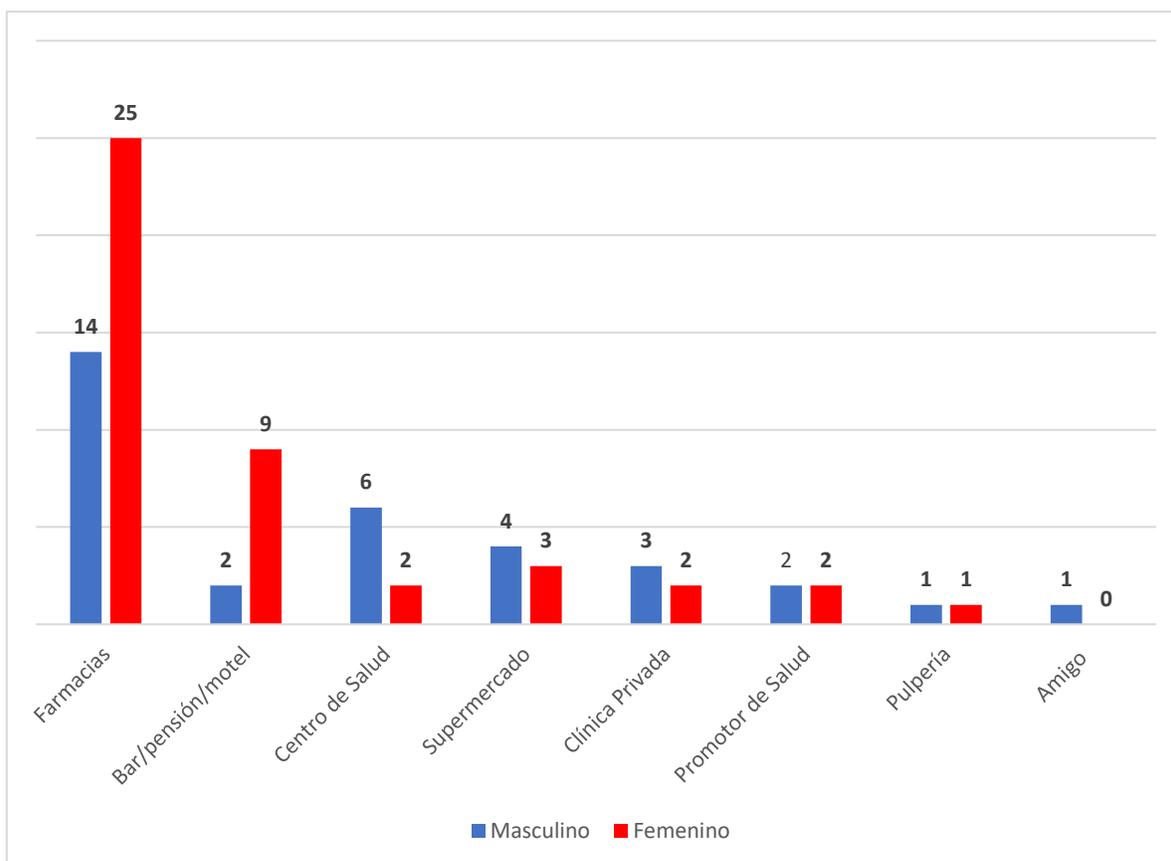
n=61

	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Farmacias	14	36.0	25	64.0	39	100.0
Bar/pensión/motel	2	18.0	9	82.0	11	100.0
Centro de Salud	6	75.0	2	25.0	8	100.0
Supermercado	4	57.0	3	43.0	7	100.0
Clínica Privada	3	60.0	2	40.0	5	100.0
Promotor de Salud	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Pulpería	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Amigo	1	100.0	0	0	1	100.0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

Gráfico 10

Lugar de adquisición del condón vs Sexo de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 10

Tabla 11

Identidad Sexual vs Percepción de quienes tienen riesgo de contraer el VIH de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

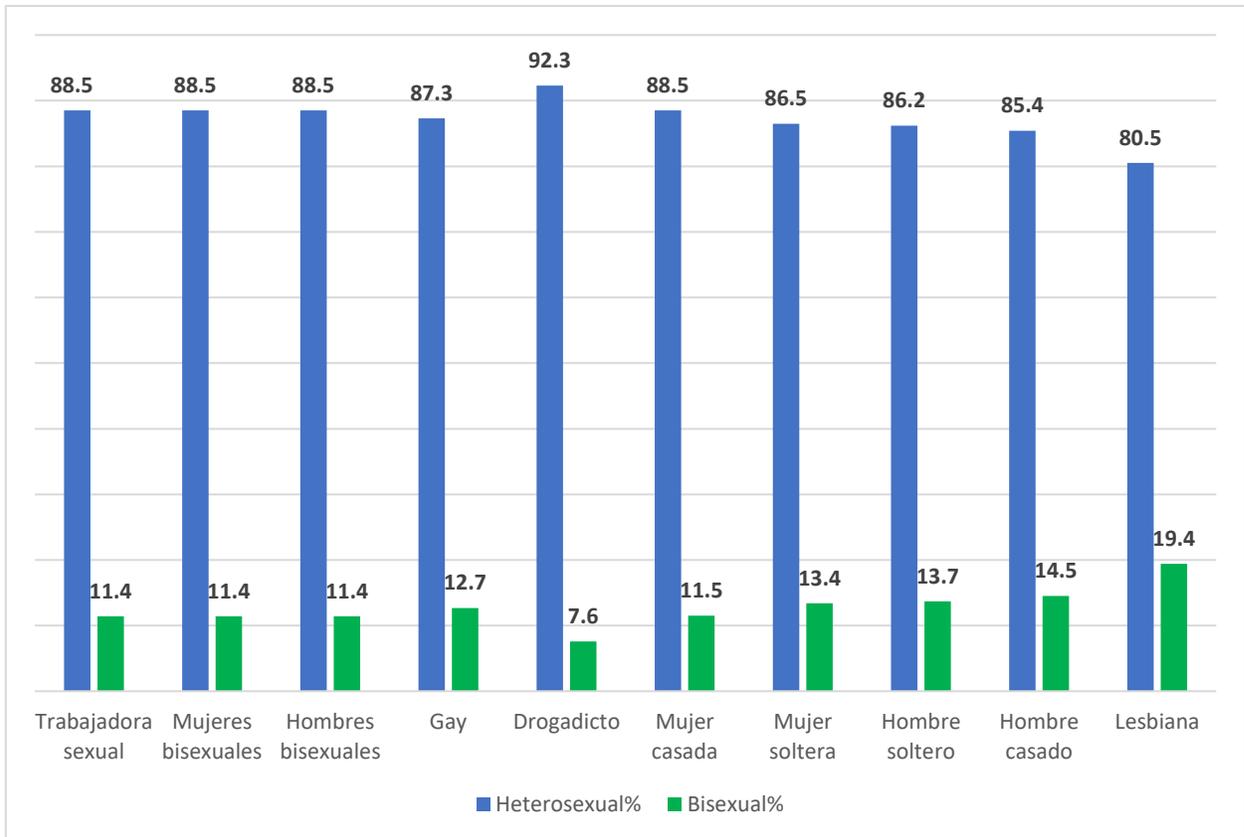
n=61

	Heterosexual		Bisexual		Total	
	No	%	No	%	No	%
Trabajadora sexual	54	88.5	7	11.4	61	100.0
Mujeres bisexuales	54	88.5	7	11.4	61	100.0
Hombres bisexuales	54	88.5	7	11.4	61	100.0
Gay	48	87.3	7	12.7	55	100.0
Drogadicto	48	92.3	4	7.6	52	100.0
Mujer casada	46	88.5	6	11.5	52	100.0
Mujer soltera	45	86.5	7	13.4	52	100.0
Hombre soltero	44	86.2	7	13.7	51	100.0
Hombre casado	41	85.4	7	14.5	48	100.0
Lesbiana	29	80.5	7	19.4	36	100.0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

Gráfico |11

Identidad Sexual vs Percepción de quienes tienen riesgo de contraer VIH de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 11

Tabla 12

Formas de disminución del riesgo de transmisión vertical según el Sexo de los estudiantes cuestionados del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019

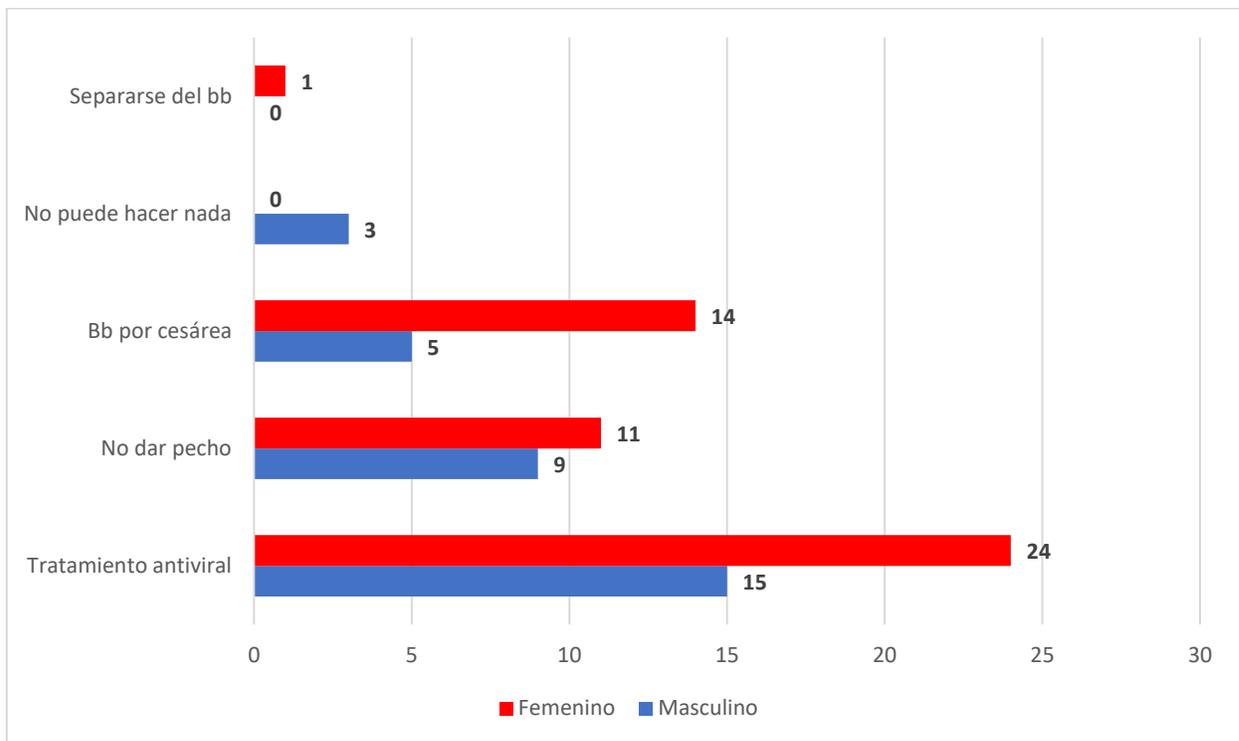
n=61

	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Tratamiento antiviral	15	38.5	24	61.5	39	100.0
No dar pecho	9	45.0	11	55.0.	20	100.0
Bb por cesárea	5	26.3	14	73.6	19	100.0
No puede hacer nada	3	100.0	0	0.0	3	100.0
Separarse del bb	0	0	1	100.0	1	100.0

Fuente: Cuestionario de conocimientos y prácticas de riesgo en ITS-VIH/Sida en estudiantes del POLISAL.

Gráfico 12

Sexo vs Disminución del riesgo de transmisión vertical de los cuestionados en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de la Salud UNAN – Managua, octubre 2019



Fuente: Tabla 12

5.2 Instrumentos de Recolección

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes I año de la Licenciatura de Materno Infantil del Instituto Politécnico de Salud, UNAN – Managua, Octubre 2019.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Yo, el encuestado, acepto participar en el estudio de Conocimientos y Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida en estudiantes de I año de la carrera de Enfermería del Instituto Politécnico de la Salud (POLISAL), por libre y espontánea voluntad, aseguro la información que brindo a continuación es veraz y entiendo que la misma es con fines investigativos por lo que mis respuestas las serán tratadas confidencialmente.

Sección I: Datos Generales

Código	Preguntas	Escala
1.	¿Cuántos años tienes cumplidos?	Edad en años completos <input type="text"/>
2.	¿Cuál es tu sexo? Se entiende por Sexo a las diferencias biológicas que determinan el ser hombre o mujer	Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
3.	¿En qué zona vivís?	Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>
4.	¿Trabajas actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5.	¿A qué religión perteneces?	Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/>
6.	¿Cuál es tu estado civil?	Soltero <input type="checkbox"/> Casado(a)/ Acompañado (a) <input type="checkbox"/>

Sección II: Conocimiento acerca ITS y VIH/Sida

7.	¿Has escuchado de las infecciones de transmisión sexual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8.	¿Cuáles de estos síntomas te harían sospechar que tienes una infección de transmisión sexual? (puedes seleccionar más de uno)	Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Secreción genital <input type="checkbox"/> Secreción con mal olor <input type="checkbox"/> Dolor al orinar <input type="checkbox"/> Ampollas, Llagas o Verrugas en los genitales. <input type="checkbox"/> Hinchazón en el área de la ingle <input type="checkbox"/> Picazón / comezón genital <input type="checkbox"/> Esterilidad <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/>

9. ¿Has oídos hablar sobre el VIH o el SIDA
- Sí
No
10. ¿Cómo puede una persona adquirir el VIH?
(puedes escoger más de una opción)
- Por piquete de zancudo
Por utilizar una aguja que alguien más usó.
Por donar sangre
Por transfusión de sangre
Por relaciones sexuales
Por compartir objetos (platos, cucharas, vasos, ropa, etc.)
Por usar inodoros públicos
En piscinas
11. ¿Cuál es la diferencia entre VIH Y Sida?
- Es lo mismo
Es más grave el VIH
Es más grave el Sida
12. ¿Cómo puede una persona protegerse del VIH?
- Utilizando un condón cada vez que tengan relaciones sexuales.
Teniendo una sola pareja sexual
Dejando de tener relaciones sexuales.
13. ¿Puede la embarazada con VIH transmitir el virus a su bebé?
- Sí
No
14. ¿Cómo puede la embarazada con VIH reducir el riesgo de transmisión a su bebé?
- Tomar su tratamiento (antirretroviral)
Evitar dar el pecho al bebé
Tener a su bebé por cesárea
Separarse del bebé
No puede hacer nada
15. ¿Piensas que una persona que se ve saludable puede tener el VIH?
- Sí
No
16. En caso de usar otro método especifique de la lista que se presenta ¿cuál crees tú tienen según tu opinión riesgo de contraer el VIH:
- a. Las mujeres casadas
- b. Los hombres casados
- c. Las mujeres solteras con vida sexual activa
- d. Los hombres solteros con vida sexual activa
- e. Las trabajadoras sexuales
- f. Mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres
- g. Hombres tienen relaciones sexuales con otros hombres
- h. Personas que se inyectan drogas
- i. Mujeres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres
- j. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres-

k. Tú dirías que personalmente tienes riesgo de contraer el VIH?

17. En tu comunidad existen lugares donde puedas realizarte la prueba de VIH Sí
No

Sección III: Prácticas de riesgo en ITS y VIH/Sida.

18. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____
Por favor escriba la edad.

19. ¿Tu primera relación sexual fue por?
Ambos lo deseaban
Tu pareja te lo pidió
Tu pareja te presionó a hacerlo
Fuiste forzada/o a

20. ¿Utilizaste condón la primera vez que tuviste relaciones sexuales? Sí
No

21. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? No de parejas: _____

22. Por tu práctica sexual, ¿Cómo te identificas?
(después de haber tenido relaciones sexuales) Heterosexual (Si te atraen personas del sexo opuesto)
Homosexual (Si te atraen personas del mismo sexo)
Bisexual (Si te atraen personas de ambos sexos)

23. ¿Has tenido relaciones con personas de tu mismo sexo? Sí
No

24. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? Sí
No

25. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?
Novio (a)
Pareja (esposa/compañera/o)
Amiga/o
Personas desconocidas
Persona bisexual
Homosexual
Lesbiana
No ha tenido

26. ¿Utilizaste condón en tu última relación sexual? Sí
No

27. Si tu respuesta es sí ¿Quién propuso el uso del condón en tu última relación?
Vos
La otra persona
Ambos

28. ¿Has consumido alcohol en los últimos 12 meses? Sí
No

29. Si tu respuesta es **SÍ**
¿Con qué frecuencia has consumido alcohol en los últimos 12 meses?
Diario
Semanal
Mensual

30. ¿Has tenido relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol u otras sustancias? Sí
No
31. Si tu respuesta es **SÍ** ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias? Siempre
Algunas Veces
Ocasionalmente
Una sola vez
Nunca
No recuerda
32. Durante estas relaciones sexuales, ¿utilizaste condón? Sí
No
No recuerda
33. ¿Por qué has utilizado condón en tus relaciones sexuales? Evitar un embarazo
Evitar una enfermedad
Por higiene
Por sentirse seguro
34. ¿Dónde obtienes los condones? Pulpería Farmacia
Supermercado Clínica privada
Centro de Salud Promotor de salud
Bar / pensión / motel Amigo
35. ¿Alguna vez has tenido una infección de transmisión sexual? Sí
No
36. En caso que tu respuesta sea **Si** ¿Cuáles de estos síntomas has tenido? Dolor abdominal
Secreción genital
Secreción con mal olor
Dolor al orinar
Ampollas, Llagas o Verrugas en los genitales.
Sangre en la orina
Hinchazón en el área de la ingle
Picazón / comezón genital
Pérdida de peso
37. Consideras has estado expuesto a adquirir el VIH en algún momento? Si
No
38. ¿Qué has hecho tú para evitar adquirir el VIH? Tener relaciones sexuales sin Penetración.
Usar condón con todas mis parejas
Tener una sola pareja
Tener muchas parejas
Evitar relaciones con trabajadoras sexuales
Evitar relaciones con homosexuales.
Hacerme la prueba de VIH
Evitar el sexo oral
Tener sexo solo con personas conocidas.
Evitar tener sexo anal (por detrás)
No me preocupa
Otro

39. ¿Te has realizado la prueba de VIH? Sí
No
40. ¿Cuándo te realizaste la última prueba del VIH? En los últimos 12 meses
Entre 1-2 años
Entre 2-4 años
Más de 4 años
No recuerda
Nunca se ha realizado la prueba
41. Si tu respuesta es nunca ¿Te gustaría hacerte la prueba del VIH? Sí
No
42. Después de conocer tus resultados de la prueba de VIH ¿Ha utilizado el condón? Sí
No
43. ¿Estarías dispuesto(a) a compartir alimentos con una persona con VIH o Sida? Sí
No
44. ¿Si un pariente adquiere el VIH estarías dispuesto(a) a cuidarlo en tu casa? Sí
No
45. ¿Recibirías clases sí un estudiante o maestro tiene el VIH? Sí
No
46. Una persona con VIH debería: (puede responder más de una) Mantener en secreto su diagnóstico
Compartir su condición con su familia
Es decisión de la persona decirlo o no
47. Cuál de las siguientes prácticas sexuales has realizado. **Marque con una X según corresponda.**
- Relaciones sexuales con personas del mismo sexo sin condón y bajo efectos del alcohol.
 - Relaciones sexuales con personas del mismo sexo con condón y bajo efectos del alcohol
 - Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y sin condón y bajo efectos del alcohol
 - Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos del alcohol
 - Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y sin condón y bajo efectos del alcohol y drogas
 - Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos del alcohol y drogas
 - Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto y sin condón y bajo efectos de drogas
 - Relaciones sexuales con personas del sexo opuesto con condón y bajo efectos de drogas
 - Sexo anal con parejas del mismo sexo sin condón
 - Sexo anal con parejas del mismo sexo con condón
 - Sexo anal con parejas del sexo opuesto sin condón
 - Sexo anal con parejas del sexo opuesto con condón
 - Sexo vaginal con parejas del mismo sexo sin condón
 - Sexo vaginal con parejas del sexo opuesto con condón
 - Sexo oral sin condón
 - Ninguna de las anteriores

Gracias por la información proporcionada.