

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”



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

INFORME FINAL

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

Autores: Br. Gilmer de Jesús Ruiz Rivera.
Br. Eglis Adilia Ulloa Siú

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

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo monográfico:

Primero a Dios por darnos el don de la sabiduría para culminar este proyecto de investigación, por cada día de abundantes bendiciones, a nuestros padres por permanecer a nuestro lado siempre y guiarnos hacia el camino correcto, enseñarnos que cuando caemos debemos de levantarnos, por ser las bases que nos sostuvo hasta llegar a una victoria más, a todas las personas, que con su apoyo y sus ánimos, nos han ayudado para que nunca dejáramos de perseguir nuestro sueño.

Porque en la vida tropezarse está permitido y levantarse es obligatorio.

Eglis Adilia Ulloa Siú

Gilmer de Jesús Ruiz Rivera.

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer:

Primeramente a Dios por su infinita misericordia.

A nuestros padres porque ellos nos han hecho entender que las cosas que merecen la pena en la vida nunca son sencillas, por los sacrificios de su vida para educarnos, gracias por estar ahí en los momentos difíciles, su apoyo y sus ánimos para perseguir nuestro sueño.

A nuestros hermanos por creer en nosotros, por estar ahí siempre presente en todo momento, tomando nuestro ejemplo y siguiendo nuestros pasos.

A nuestros médicos docente a quien debemos nuestra formación, valores, entusiasmo y la energía para tomar los retos; por su valioso tiempo les estamos profundamente agradecidos.

A todo el personal del Hospital Escuela Cesar Amador Molina y Hospital Escuela San Juan De Dios por contribuir a nuestra formación y darnos la oportunidad de crecer como lo hemos hecho.

A los estudiantes de 4to y 5to año del Instituto Nacional de Segovia Leonardo Matutes Ocotál, Nueva Segovia por su amabilidad y cuya diligencia hubiese sido imposible la realización de este informe.

En la vida en ocasiones nos permite de disfrutar la bendición de tener amigos, para apoyarnos, alentarnos, estar ahí en las buenas y en las malas a los que queremos mucho , siempre estando pendiente de nuestro progreso, brindándonos su apoyo incondicional para alcanzar este peldaño.

A nuestro tutor, manantial inagotables de sabiduría y enseñanza, que con su guía nos mostró el camino y hoy es posible culminar este trabajo.

Y a todas aquellas personas que comparten con nosotros nuestro triunfo.

Eglis Adilia Ulloa Siú

Gilmer de Jesús Ruiz Rivera.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016, realizado por los Bachilleres Eglis Adilia Ulloa Siú y Gilmer de Jesús Ruiz Rivera, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Reproductiva, que aborda a uno de los grupos más importantes para el desarrollo y estado de salud de la población nicaragüense: LOS ADOLESCENTES.

La mayor prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual, con énfasis en el VIH/SIDA, sobre todo en países en vías del desarrollo donde en el grupo de jóvenes representan aproximadamente el 80% de las nuevas infecciones, son algunos de los problemas que enfrentan los adolescentes, determinado por un pobre proceso de educación sexual y reproductiva desde los primeros años del desarrollo.

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

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los Bachilleres Eglis Adilia Ulloa Siú y Gilmer de Jesús Ruiz Rivera, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

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

RESUMEN

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

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

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

Debido a la importancia que reviste el tema se realizó un estudio en una muestra de 207 adolescentes estudiantes del Cuarto y Quinto Año de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, aplicándose una encuesta dirigida a los adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH-SIDA.

De los 207 estudiantes encuestados el 46.9% correspondió al grupo de 14 a 16 años y 53.1% al grupo de edad de 17 a 19 años. Respecto al sexo, el 53.6% correspondió al sexo femenino, y el 46.4% al masculino. Según el estado civil predominó el soltero con un 90.3%, Acompañados el 6.8%, y solamente un 2.9% se encontraban casados.

En cuanto a la religión, los adolescentes en estudio en 73.9% profesaban la religión católica y un 23.7% la evangélica, 2.4% pertenecían a otras entidades religiosas. En la escolaridad encontramos que el 48.8% cursaba 4to año y un 51.2 % se encontraban en 5to año.

De manera general encontramos un buen nivel de conocimientos y actitudes favorables en los adolescentes pero un mal nivel de prácticas.

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

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

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

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

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	3
JUSTIFICACION-----	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	7
OBJETIVOS-----	8
MARCO TEORICO-----	9

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO----- 36

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	47
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	58
CONCLUSIONES-----	65
RECOMENDACIONES-----	66

CAPITULO IV: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS----- 67

CAPITULO V. ANEXOS----- 69

INTRODUCCIÓN

La seguridad y el Bienestar de los y las Adolescentes hasta hace muy poco entro en la escena social de la mayoría de los países en Centroamérica. Inclusive en muchos países las leyes para salvaguardar esta seguridad NO existen.

Parece irreal que hasta hace pocos años hablar del tema de Adolescencia y concebir la Adolescencia como parte importante del desarrollo socioeconómico de la población era totalmente AUSENTE.

Siempre se ha definido que una buena Educación Sexual, con base en criterios científicos, y apoyados en la familia es una de las principales bases que funcionan como mecanismos preventivos para que este Entorno tan difícil, sea superado de una manera oportuna por los Adolescentes.

El VIH/Sida constituye en la actualidad un serio problema de salud, lo que justifica la necesidad de su prevención a partir de la actividad educativa.

La infección por VIH que produce en sus estados avanzados el sida se adquiere a través del intercambio de fluidos como la sangre, el semen, la mucosa vaginal y la mucosa anal. Las formas más frecuentes de contraer el VIH son a través del coito sin condón, las jeringas y otros instrumentos punzocortantes infectados, la transfusión de sangre o productos derivados contaminados con el virus, o bien, por vía perinatal de una madre a su hijo en el parto o al amamantarlo. Pasarán algunos días antes de la seroconversión del portador del virus, después de ella tendrá la condición de seropositivo.

La adolescencia es una etapa formativa, crucial en el ciclo de vida; la identidad, la autonomía y el proyecto de vida, están conformándose, por lo que es necesario un abordaje integral de la sexualidad.

La influencia que pueden ejercer los distintos espacios donde los adolescentes se desarrollan en su vida cotidiana es determinante, más aun si se considera que en esta etapa de la vida, las relaciones dentro de su grupo de edad son muy significativas.

En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente. Por otra parte, el 50% de las nuevas infecciones por el VIH (casi seis mil diarias) corresponde a personas jóvenes, y una de cada tres de las personas seropositivas en todo el mundo. Si se hace un análisis de género, se aprecia que el VIH infecta a un número cada vez mayor de mujeres, y a edades significativamente más tempranas que en el caso de los varones.

Los pocos países que han logrado disminuir la prevalencia nacional del VIH lo han hecho sobre todo inculcando comportamientos más seguros entre los jóvenes.

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

Los sistemas de monitoreo y evaluaciones sistemáticas del buen desarrollo de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva en los Adolescentes juegan un rol muy importante para elevar la calidad de los mismos.

Por esa razón es de interés mayúsculo para el Sistema de Salud, para Organismos que trabajan en función del bienestar de los Adolescentes, para el proceso de modificación de políticas públicas como estrategia para elevar el desarrollo de los países, el medir, el evaluar, el revisar siempre como se encuentra las características de la Información en este grupo de la sociedad, que como se indicó, es vulnerable por todos los factores anteriormente señalados y por sobretodo, son la base para el futuro, LOS Y LAS ADOLESCENTES.

ANTECEDENTES

El VIH/SIDA es relativamente una enfermedad nueva aunque en 1950 los estudios permitieron identificar casos esporádicos, posiblemente relacionados con el Síndrome, pero solo se confirmaron serológicamente a 125 de los reconocidos entre los años de 1977 1981. (Manual de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador , 1999).

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

Algunos estudios realizados en Estados Unidos de América (EUA), han mostrado un incremento en la Incidencia anual de adolescentes con infección por el VIH desde 1982, con una tasa similar a la observada en niños o adultos. La mayor parte (75%) ocurrió en jóvenes entre los 17 y 19 años, con predominio en varones (80%), con una razón de 4:1.9 Relaciones sexuales coitales no protegidas y uso compartido de jeringas para inyectarse drogas fueron los factores de riesgo más importantes. (Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condon en adolescente, 2003).

El número de personas que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en todo el mundo se ha elevado de 37,5 millones en 2003 a 40,3 millones en 2005. Además, se calcula que en 2005 se produjeron cinco millones de nuevas infecciones y más de tres millones de muertes por causa de enfermedades relacionadas con el SIDA; de ellas, más de 500 000 eran de niñas y niños. (Manual para jóvenes VIH SIDA derechos humanos y genero , 2007).

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

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

A pesar de que en América Latina y el Caribe la epidemia de VIH/Sida es más reciente, el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 1.7 millones (además de 250 mil producidas en habitantes del Caribe), según los datos del Consejo Nacional para la Prevención y control del Sida de México (CONASIDA). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del Sida, después de la África subsahariana, con una prevalencia del 1.2% en población adulta. (Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, 2008).

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

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

Esta enfermedad es la principal causa de muerte entre los adolescentes en África y la segunda entre los jóvenes de 15 a 19 años a nivel mundial, ha asegurado la organización, y ha aclarado que entre las poblaciones afectadas por el VIH, los adolescentes son el único grupo en el que las cifras de mortalidad no disminuyen. (<http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html>)

Según UNICEF, en el África subsahariana, la región con mayor prevalencia, las niñas se ven mucho más afectadas, ya que representan 7 de cada 10 nuevas infecciones entre los jóvenes. La mayoría de los adolescentes que mueren por enfermedades relacionadas con el sida han contraído el VIH de niños, de 10 a 15 años, cuando solamente pocas mujeres embarazadas y madres que tenían VIH, recibían tratamiento.

En los últimos 15 años, el tratamiento antirretroviral a las embarazadas y madres, incidieron en la prevención de 1,3 millones de nuevas infecciones, ha destacado UNICEF.

En 2014, 3 de cada 5 mujeres embarazadas con VIH recibieron tratamiento para prevenir la transmisión del virus a sus bebés, lo que se traduce en una reducción del 60 por ciento de las muertes relacionadas con el SIDA entre los niños menores de 4 años desde 2000. (<http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html>)

JUSTIFICACIÓN

La Adolescencia representa según los expertos una de las fases más críticas en el desarrollo biológico del ser humano.

Se encuentra influenciada por múltiples factores: sociales, económicos, familiares, emocionales, que crean un ambiente demasiado hostil para el ser humano que se encuentra inmerso dentro de ella.

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

En 2007 el SIDA causó 63,000 defunciones (cerca de 170 muertes por día). En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente. Existen datos de 64 países que indican que solo 40% de hombres y 38% de mujeres tienen conocimiento sobre cómo evitar la infección.

Los países en vías de desarrollo, son los que presentan un comportamiento más severo de la epidemia de vih sida en los Adolescentes, donde los estudios indican su alta asociación a los bajos niveles socioeducativos, así como bajos ingresos económicos familiares.

Los estudios a nivel de las organizaciones que velan por la seguridad de los adolescentes como UNICEF, OMS Y UNFPA, han señalado la importancia que tiene la Educación Sexual y Reproductiva, en este grupo vulnerable de la sociedad, haciendo énfasis en las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo de sobremanera al vih/sida. El monitoreo continuo a través de investigaciones favorecen a fortalecer la buena marcha de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, tanto en los sistemas de salud de los diferentes países, así como de organizaciones oficiales y NO Gubernamentales que trabajan por mejorar las condiciones de Salud en los Adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Este proyecto de estrategia promueve un enfoque centrado en las personas, basado en los principios de los derechos humanos y la equidad sanitaria.

En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente.

En base al planteamiento anterior el presente estudio pretende recabar información actualizada acerca del Nivel de conocimiento actitud y práctica de los y las adolescentes sobre VIH/SIDA, lo que ayudará a evaluar y valorar las diferentes políticas, el desarrollo de los programas, la participación de los y las adolescentes durante este proceso, el manejo y el acceso a la información que tienen los y las adolescentes en la temática del VIH/SIDA.

Debido a que los casos de infección por el VIH/SIDA han ido incrementándose sobre todo en los países en vías del desarrollo como Nicaragua y especialmente se ha observado una alta incidencia en la población más joven, es de especial interés conocer las fortalezas y debilidades en cuanto a los conocimientos, las actitudes y las practicas sobre el VIH/SIDA en los adolescentes.

Debido a lo antes señalado nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotlán, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir las características generales de los adolescentes del presente estudio
- 2) Identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA
- 3) Identificar la fuente de información más frecuente acerca del tema VIH/SIDA
- 4) Conocer la actitud que tienen los adolescentes acerca del tema de VIH/SIDA
- 5) Determinar el nivel de práctica de los adolescentes sobre el tema de VIH/SIDA

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

El periodo de desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele empezar entre los 11 y 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18-20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. Durante este periodo, el sujeto sufre grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad. (Anderson, 2007).

Etapas de la adolescencia

La adolescencia progresa a través de tres periodos distintos precoz, medio y tardío, cada uno de los cuales posee características biológicas, psicológicas y sociales destacadas. (Needlman, 2004).

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

La adolescencia temprana suele ocurrir entre los 10 y 13 años de vida (Needlman, 2004). En esta, el crecimiento y desarrollo físico posee un efecto inquietante en el individuo: el adolescente se muestra muy ansioso, torpe y con necesidad de actividades físicas. Las percepciones que tiene su cuerpo chocan contra las normas idealizadas de su apariencia física y destreza.

Para la joven, la menstruación puede representar temores e incertidumbres. Su área cognoscitiva cambia de poseer un pensamiento formal a ser crítico y posteriormente reflexivo y con pensamientos abstractos (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005). El interés sexual suele ser mayor que la actividad sexual. El área social de la adolescencia temprana requiere de auto identificarse con personas 12 fuera del hogar que por lo general son amigos de la misma edad, busca aumentar su independencia de la familia.

Adolescencia media (14 a 16 años)

En la adolescencia media, el cuerpo va alcanzando su forma adulta. Va integrando progresivamente los cambios físicos vividos, aunque a veces requiere apoyo de otros. Su pensamiento puede parecer egocéntrico por el interés que le da a sus cambios físicos, pero además tiene la capacidad de formar hipótesis fuera de la realidad observable, su pensamiento se vuelve más abstracto.

Su conducta afectiva se orienta hacia la heterosexualidad, aunque no precisamente se concreta. Es la época del amor romántico, sueña con el amor perfecto. Su aspecto social, sobre todo en el hogar, se torna rebelde, debido a que lucha por su propio espacio y su propio tiempo, sin embargo existe un apego mayor con la generación del honor y la lealtad. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Adolescencia tardía (17 hasta los 20 años)

Por último, la adolescencia tardía, etapa que transcurre desde los 17 años hasta el momento en que cumple los 20 años, es una etapa en que el crecimiento se ha estabilizado y se logra cierto equilibrio entre lo físico y el resto de las áreas. Se ha logrado un equilibrio de las constantes variaciones del YO personal con la formación de una identidad.

Asimismo, el individuo logra una capacidad para pensar, crear y descubrir. El equilibrio de sus funciones mentales permite cierta autonomía emocional. El impulso sexual encuentra su objetivo en esta etapa que es la de formar pareja. Su rebeldía disminuye, debido a que alcanzó cierta autonomía y respeto lo que le ayuda a adaptarse a su nuevo rol de adulto y a poseer una actitud crítica frente a los problemas que se le presenten. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Este cambio produce una nueva concepción del mundo interior y del mundo exterior, un nuevo enfrentamiento con los conceptos éticos, religiosos y sociales y, una nueva valoración de lo pasado y, sobre todo, de lo futuro que colocan al ser en una crisis apremiante, profunda y larga. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Los rápidos y súbitos cambios a nivel físico que experimentan los adolescentes los lleva a tener complejos. Son sensibles y están preocupados por sus cambios corporales. Pueden hacer comparaciones angustiosas respecto a ellos mismos y sus compañeros. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Los cambios físicos quizá no ocurran en un plazo regular y sin problemas. Por lo tanto, los adolescentes podrían pasar por etapas de incomodidad, tanto en su apariencia como en su coordinación física. Las niñas pueden estar ansiosas si no están listas para el comienzo de los periodos menstruales y los niños pueden preocuparse si no saben acerca de las emisiones nocturnas. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Es normal durante la adolescencia que los jóvenes empiecen a separarse de sus padres y a crear su propia identidad. En algunos casos, esto puede ocurrir sin problemas de los padres y otros miembros de la familia. Sin embargo, esto puede provocar conflicto en algunas familias. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Los amigos se vuelven más importantes a medida que los adolescentes se alejan de los padres en búsqueda de su propia identidad. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

Los jóvenes a menudo sienten la necesidad de establecer su identidad sexual. Necesitan estar cómodos con su cuerpo y sus sentimientos sexuales. Los adolescentes aprenden a expresar y recibir intimidad o insinuaciones sexuales. Pueden experimentar una gran variedad de comportamientos y orientaciones sexuales antes de sentirse cómodos con su propia identidad sexual. (Martínez, Cuevas, Apodaca, 2005).

VII SIDA

Concepto

La historia natural de la infección por el HIV consiste en una primo infección, asintomática o desapercibida en más de la mitad de los casos, seguida de un período de latencia clínica de varios años en el que el virus sigue replicándose de forma activa en diversos

compartimentos y en sangre periférica. En el siguiente período, la mayoría de los pacientes desarrolla infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunodepresión. A esta fase o período final se le denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". (ONUSIDA , 2008).

Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia. (ONUSIDA , 2008).

Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario. (ONUSIDA , 2008).

¿Qué es el sida?

Sida es un término que corresponde a “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. (ONUSIDA , 2008).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su característica principal consiste en un periodo de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2.

El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el

mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental.

El virus ha sido aislado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido pre seminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros fluidos corporales humanos. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA , 2012).

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada (acto sexual sin protección); a través de la sangre y los hemoderivados en individuos que comparten agujas y jeringas contaminadas para inyectarse drogas y en quienes reciben transfusiones de sangre o derivados igualmente contaminados; existe un riesgo laboral pequeño entre los profesionales sanitarios, el personal de laboratorio y posiblemente otras personas que manipulan muestras sanguíneas o fluidos de personas con VIH, estudios realizados indican que el riesgo de transmisión después de una punción cutánea con una aguja o un instrumento cortante contaminados con la sangre de una persona con VIH es de aproximadamente 0.3%.

Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA , 2012).

Situación mundial

En agosto de 2006, alrededor de 65 millones de personas se habían infectado con el VIH desde el comienzo de la epidemia en 1981. De ellas, más de 27 millones ya habían fallecido de SIDA, y esta enfermedad se había convertido en una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. Según las estimaciones de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), 38,6 millones de personas estaban afectadas por el VIH en agosto de 2006.

Sólo en 2005, 4,1 millones de personas se infectaron por primera vez, de las que la mitad eran jóvenes entre 15 y 24 años. Casi el 90% de todas las nuevas infecciones se produjeron en países en vías de desarrollo; el 50% correspondieron a mujeres y el principal modo de transmisión fue el contagio heterosexual, aunque las infecciones continuaban diseminándose a unas tasas elevadas entre los varones homosexuales. (Quinn, 2009).

Actualmente más personas que nunca viven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento. A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el continuo gran número de nuevas infecciones por el VIH y una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida. (Quinn, 2009).

VIH y SIDA en Latinoamérica y el Caribe

Se estima que 1,9 millones de adultos y niños están infectados por el VIH en Latinoamérica y el Caribe. Doce países de esta región tienen una prevalencia estimada del VIH del 1% o mayor entre las mujeres embarazadas. En varios países del Caribe, las tasas de prevalencia del VIH en adultos sólo se ven superadas por las que se encuentran en África subsahariana, lo que hace que esta región sea la segunda más afectada del mundo. Haití sigue siendo la más afectada, con una prevalencia nacional estimada superior al 3,8%, junto con Bahamas, donde la prevalencia es del 3,5%. (ONUSIDA, 2011).

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

Las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35 % desde el 2000 (en un 58 % entre los niños) y las muertes relacionadas con el sida han disminuido en un 42 % desde su punto más alto de 2004. La respuesta mundial al VIH ha evitado 30 millones de nuevas

infecciones y casi 8 millones (7,8 millones) de muertes relacionadas con el sida desde el 2000, cuando se establecieron los ODM. (ONUSIDA Datos de VIH SIDA , 2015).

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

Recientemente, la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH/Sida para 2011-20154 propició medidas de alcance mundial y nacional que ayudaron a detener y revertir la epidemia de sida. Durante ese período, se amplió rápidamente la cobertura del tratamiento del VIH: para fines de 2015, más de 15 millones de personas que vivían con VIH estaban bajo tratamiento con medicamentos antirretrovirales. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

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

En 2014, se estimaba el número de nuevas infecciones en 2 millones (entre 1,9 millones y 2,2 millones), lo que equivale a un 41 % menos que el pico registrado en 1997. Además, se ha reducido la cantidad de gente que muere por causas vinculadas con el VIH: se estima

que en 2014 se produjeron 1,2 millones de muertes (entre 980 000 personas y 1,6 millones de personas), lo que representa una caída del 42 % respecto del pico de 2004 y obedece en gran medida a la ampliación del acceso a los tratamientos antirretrovirales. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

Se estima que el 70 % de las personas que viven con VIH en todo el mundo se ubican en países de ingreso mediano, por lo que el éxito o el fracaso a nivel mundial también estarán determinados por la aceleración o el estancamiento de los esfuerzos que se desplieguen en estos países. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

En África al sur del Sahara, la región más afectada, la mayor carga de VIH sigue recayendo sobre las adolescentes y las mujeres jóvenes: la incidencia y la prevalencia del VIH entre estas últimas es más del doble que entre los hombres jóvenes. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

Las personas más desproporcionadamente afectadas por la epidemia de VIH en todas las regiones, incluso en entornos de carga elevada, son los hombres que tienen relaciones homosexuales, los que consumen drogas inyectables, los trabajadores sexuales, las personas transgénero y los presos. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020, 2015).

El VIH sigue siendo un importante problema de salud pública mundial, después de haberse cobrado más de 34 millones de vidas hasta ahora. En 2014, 1,2 [980 000-1,6] millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo. A finales de 2014 había 36,9 [34,3-41,4] millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de los cuales 2 [1,9-2,2] millones de personas contrajeron el HIV en 2014. El África subsahariana, donde había 25,8 [24-28,7] millones de personas infectadas por el VIH en 2014, es la región más afectada. Casi el 70% del total mundial de nuevas infecciones por VIH se registra en esta región. (OMS , Noviembre 2015).

En 2014, aproximadamente 150 millones de niños y adultos de 129 países de ingresos bajos y medios se beneficiaron de la realización de pruebas de detección del VIH. A mediados de 2015 había 15,8 millones de personas infectadas por el VIH que recibían terapia antirretrovírica en todo el mundo. Entre 2000 y 2015 las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 35%, y las muertes relacionadas con el sida en un 24%, lo cual significa 7,8 millones de vidas humanas salvadas gracias a los esfuerzos internacionales que llevaron a la consecución mundial de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionadas con el VIH. La ampliación del tratamiento antirretrovírico a todas las personas con VIH y el aumento de las opciones preventivas podrían ayudar a evitar 21 millones de muertes relacionadas con el sida y 28 millones de nuevas infecciones para 2030. (OMS , Noviembre 2015).

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

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

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

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

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

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

Los adolescentes varones y mujeres no han desarrollado habilidades para la vida que les permitan tomar decisiones acertadas en su vida sexual. La mayoría de los adolescentes

varones y mujeres, tienen baja percepción de riesgo de adquirir ITS y VIH. Los adolescentes varones y mujeres inician tempranamente sus relaciones sexuales. Los adolescentes varones y mujeres no tienen desarrolladas las capacidades y habilidades psicosociales para la negociación del retraso del inicio de las relaciones sexuales. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

La mayoría de los y las adolescentes no desarrollan relaciones con equidad de género. Los adolescentes varones y mujeres no tienen desarrollada la capacidad de negociación del uso del condón. Los adolescentes varones y mujeres, cambian frecuentemente de pareja sexual. Los adolescentes varones y algunas mujeres prefieren relaciones sexuales sin condón. Los adolescentes tienen prácticas sexuales de riesgo estimuladas por el consumo de alcohol y drogas. Los adolescentes varones y mujeres con vida sexual activa, no demandan servicios de consejería sobre salud sexual y reproductiva. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

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

De esta manera, es que puede visualizarse el puente desde la población HSH, a la población general y a las mujeres en particular. Ante esta situación, es probable que la epidemia pueda estar teniendo un curso mayor y silencioso. Los resultados de ENDESA revelan que el 76% de las mujeres de 15-49 años de edad conoce sobre VIH y sida, ha oído hablar de la prueba del VIH y el 44% sabe dónde la hacen y un 16% se ha realizado la prueba. El porcentaje de mujeres que se ha hecho la prueba del VIH, varía del 6.8% entre mujeres de

15-19 años, al 21.3% en mujeres de 20-24 años de edad. (Estrategia Nacional de Comunicación para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015, 2015).

Situación en Nicaragua

La epidemia de sida en Nicaragua se clasifica aún como concentrada, de lento crecimiento, predominantemente de transmisión sexual, heterosexual, letalidad por debajo de 10%. (MINSAL, 2011).

La epidemia en Nicaragua es concentrada y ha mantenido un comportamiento de bajos niveles, actualmente la prevalencia en población general y en embarazadas no sobrepasa el 1% y se mantiene en los grupos con comportamientos de riesgo como es la Población en Mayor Riesgo [PEMAR (HSH: Hombres que tienen sexo con hombres y TS: Trabajadoras sexuales)]. (MINSAL, 2011).

Según datos del Ministerio de Salud, acumulado al 2011, los casos se desagregan de la siguiente manera: 6863 personas con VIH; 631 casos sida y 941 fallecidos. (MINSAL, 2011).

Etiología

Los VIH pertenecen a la familia Retroviridae, subfamilia Lentivirinae. Se caracterizan por ser virus ARN diploides, mono catenarios de polaridad positiva y presentar una cápside recubierta por una envoltura lipídica derivada de la célula hospedadora. En la actualidad el VIH-1 se clasifica en cuatro grupos distintos: M, N, O y P (un único aislado descrito). El grupo M se subdivide en once subtipos no recombinantes (A1, A2, B, C, D, F1, F2, G, H, J y K) (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

El VIH-1 se replica activamente en tan sólo una pequeña proporción de linfocitos infectados, responsables de la enorme producción de viriones observada en el paciente infectado. En la mayoría de los linfocitos el VIH-1 se integra en el genoma celular, donde permanece en estado de latencia. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

Patogenia

La característica distintiva de la infección sintomática por VIH es la inmunodeficiencia causada por la multiplicación vírica continua. El virus puede infectar a todas las células que expresan el antígeno T4 (CD4), que el VIH utiliza para adherirse a la célula. Los receptores de quimiocinas (CCR5 y CXCR4) son importantes para la entrada del virus y los individuos con deleciones de CCR5 tienen menos probabilidad de infección y, una vez infectados, es más probable que la enfermedad avance con lentitud. Una vez que entra a la célula, el VIH puede multiplicarse y causar fusión o muerte celular. (Zolopa y Katz, 2007).

Fisiopatología

En términos clínicos, los síndromes causados por la infección por VIH suelen ser explicables por uno de tres mecanismos conocidos: inmunodeficiencia, autoinmunidad y reacciones alérgicas y de hipersensibilidad. (Zolopa y Katz, 2007).

- **Inmunodeficiencia:** La inmunodeficiencia es un resultado directo de los efectos del VIH sobre las células inmunitarias. Se observa una variedad de infecciones y neoplasias, al igual que en otros estados de inmunodeficiencia congénita o adquirida. Dos características notorias de la inmunodeficiencia por VIH son la baja incidencia de ciertas infecciones, como la listeriosis y aspergilosis, y la aparición frecuente de ciertas neoplasias como el linfoma o el sarcoma de Kaposi. Un herpes virus (KSHV o HHV-8) causa el sarcoma de Kaposi. (Zolopa y Katz, 2007).
- **Reacciones de autoinmunidad:** Puede ocurrir autoinmunidad como resultado de una alteración de la función inmunitaria celular o disfunción de los linfocitos B. Hay ejemplos de infiltración linfocítica de órganos (p. ej., neumonitis intersticial linfocítica) y producción de auto anticuerpos (p. ej., trombocitopenia inmunitaria), fenómenos que pueden constituir la única afección clínicamente manifiesta o coexistir con una inmunodeficiencia obvia. (Zolopa y Katz, 2007).
- **Alergia e hipersensibilidad:** Los individuos infectados por VIH parecen tener tasas más altas de reacciones alérgicas a alérgenos desconocidos, como ocurre con la foliculitis pustulosa eosinofílica (“síndrome de la giba roja pruriginosa”), así como tasas crecientes de reacciones de hipersensibilidad a medicamentos. (Zolopa y Katz, 2007).

MODOS DE TRANSMISIÓN

Transmisión sexual

La infección por el VIH es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Al igual que otras ETS, el VIH se contagia de forma bidireccional, y parece que con más eficacia del varón a la mujer. El riesgo por acto sexual de la adquisición del VIH se ha estimado en 5/10.000 por coito vaginal sin protección y de 50/10.000 por coito anal sin protección. El contacto sexual es el modo predominante de transmisión del VIH en todo el mundo. (Quinn, 2009).

Transmisión del VIH en adictos a drogas por vía parenteral.

El modo principal de transmisión del VIH en los adictos a drogas por vía parenteral es el hecho de compartir agujas y jeringas contaminadas. El compartir la parafernalia de la inyección es habitual entre los adictos a drogas por vía parenteral y se ve reforzado por el entorno cultural, económico y legal de la comunidad de adictos. El riesgo de transmisión del VIH es máximo entre los adictos que comparten agujas y que usan drogas que se inyectan más a menudo (como la cocaína). El VIH se transmite con frecuencia a sus parejas sexuales a través de relaciones homo y heterosexuales, y al final el virus puede transmitirse a sus hijos a través de la exposición perinatal. Muchos casos de transmisión heterosexual, incluida la transmisión a partir de prostitutas, se asocian al consumo de drogas inyectadas. (Quinn, 2009).

Historia natural de la infección por el VIH-1

Según (Gatell, Miró y Pumarola, 2012), el VIH-1 prolifera de forma continua desde el momento en que infecta a un paciente. Cabe distinguir:

- a) una fase precoz o aguda, también llamada primo infección, de varias semanas de duración;
- b) una fase intermedia o crónica, con replicación vírica activa y latencia clínica, de varios años de duración, y
- c) una fase final o de crisis que clínicamente correspondería a lo que se denomina sida.

Fase precoz, infección aguda o primo infección

La infección por el HIV-1 se puede adquirir por transmisión materno-fetal y perinatal, incluida la leche materna, por transfusiones de sangre o derivados hemáticos contaminados, por trasplantes de órganos y tejidos de pacientes infectados, o a través de relaciones sexuales y por contacto directo con sangre (compartir jeringuillas). El paciente infectado persistirá asintomático o presentará un cuadro clínico caracterizado por un síndrome mononucleósico (en aproximadamente el 40%-90% de los casos, aunque es fácil que pase desapercibido o se confunda con otro trastorno), acompañado generalmente por una erupción cutánea. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

Fase intermedia o crónica

En esta fase, que generalmente dura varios años, persiste la proliferación vírica. En casi todos los pacientes es posible detectar y cuantificar la carga viral. En plasma se alcanza un nivel de equilibrio que depende de la tasa de producción vírica (en el tejido linfático fundamentalmente) y de la de destrucción por parte del sistema inmunitario. Los pacientes suelen estar asintomáticos, con o sin adenopatías, y pueden presentar trombocitopenia (sobre todo en los drogadictos) o trastornos neurológicos centrales o periféricos. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

Fase final o de crisis

El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general y consunción (wasting syndrome), de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos. A partir de entonces se considera que el paciente padece un sida. Las alteraciones inmunológicas que acompañan a la infección por el HIV-1 son prácticamente exclusivas de esta entidad y se deben fundamentalmente a una destrucción (por Citólisis directa y por otros mecanismos indirectos) y disfunción de los linfocitos CD4 junto con una hiperactivación crónica del sistema inmunitario y una inflamación crónica. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

Manifestaciones clínicas

Dado que la mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA se encuentran asintomáticas por un período significativo de tiempo, es importante establecer la posibilidad de riesgo o vulnerabilidad o la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar la infección con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano que tiene implicaciones pronosticas. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

La afección del sistema nervioso central en individuos infectados por VIH puede dividirse en lesiones intracerebrales expansivas, encefalopatía, meningitis y procesos de médula espinal. La toxoplasmosis es causa de la lesión expansiva más frecuente en pacientes infectados por VIH. Pueden ser síntomas de presentación la cefalea, el déficit neurológico focal, las convulsiones o alteraciones del estado mental.

Según la Guía de terapia antirretroviral del (MINSA, 2011), clasifica a los pacientes de acuerdo a estudios clínicos de la enfermedad:

Estadio clínico I

1. Infección primaria
2. Asintomático
3. Linfadenopatía generalizada persistente y/o escala de funcionamiento 1: asintomático con actividad normal.

Estadio clínico II

1. Pérdida de peso < 10%
2. Manifestaciones mucocutáneas menores (dermatitis seborreica, prurito, onicomycosis, úlceras orales recurrentes, queilitis angular)
3. Infecciones a Herpes zoster, en los últimos 5 años
4. Infecciones bacterianas recurrentes del tracto respiratorio superior y/o Escala del funcionamiento 2: sintomático con actividad normal.

Estadio clínico III

1. Pérdida de peso > 10%
2. Diarrea inexplicada >1 mes

3. Fiebre prolongada (intermitente o constante) inexplicada >1 mes
4. Candidiasis oral
5. Leucoplasia pilosa oral
6. Tuberculosis pulmonar en el último año
7. Infecciones bacterianas graves (neumonía, piomiositis) y/o Escala de funcionamiento
3: encamado <50o/o del día en el último mes

Estadio clínico IV

1. Síndrome desgaste (“wasting syndrome”) conforme definición del CDC (a)
2. Toxoplasmosis cerebral
3. Criptosporidiosis con diarrea > 1 mes
4. Isosporidiosis con diarrea > 1 mes
5. Criptococosis extra pulmonar
6. Cualquier micosis endémica diseminada (histoplasmosis, paracoccidioidomicosis)
7. Candidiasis del esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
8. Citomegalovirus (CMV) de cualquier órgano
9. Retinitis a CMV
10. Infección a Herpes simple, mucocutáneo > 1 mes, o visceral con cualquier duración.
11. Septicemia por Salmonella no Typhi
12. Tuberculosis pulmonar
13. Tuberculosis extra pulmonar o diseminada.
14. Infección por M. Avium - intracellulare o kansasii, diseminada o extra pulmonar
15. Infección por otras mico bacterias, diseminada o extra pulmonar
16. Neumonía por Pneumocistis carinii
17. Neumonía recurrente
18. Sarcoma de Kaposi
19. Linfoma de Burkitt o equivalente
20. Linfoma inmunoblástico o equivalente
21. Linfoma cerebral primario
22. Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)

23. Encefalopatía por VIH (b) y/o escala de funcionamiento 4: encamado 50% del día en el último mes.
24. Carcinoma invasivo de cuello uterino

Diagnóstico

Las pruebas de detección directa e indirecta del VIH sirven, fundamentalmente, para diagnosticar si una persona se halla infectada por el virus (métodos serológicos) y, en caso afirmativo, cuál es la actividad replicativa del mismo (cuantificación de las copias de ARN-VIH-1/mL de plasma o carga viral), que se emplea además como marcador pronóstico y de eficacia del tratamiento antirretrovírico. La detección en el suero de las personas infectadas de anticuerpos específicos (Ac anti-VIH) por enzimoimmunoanálisis (ELISA) es el método empleado con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por el VIH. (MINSa, 2011).

La prueba diagnóstica para infección por VIH deberá estar disponible y ofrecerse a toda la población general y dado que la mayoría de las personas con VIH se encuentran asintomáticas por un período significativo de tiempo es importante considerar las condiciones de riesgo y vulnerabilidad de los individuos o la presencia de datos clínicos que obliguen a descartar la infección con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano que tiene implicaciones pronósticas. (MINSa, 2011).

La entrevista inicial debe realizarse en un ambiente de confianza y respeto, asegurando la confidencialidad de la información. En la entrevista se sugiere interrogar por (MINSa, 2011):

1. Antecedentes relacionados con transmisión sanguínea:
 - a) Transfusión de sangre o sus componentes.
 - b) Trasplantes de órganos o inseminación artificial.
 - c) Uso de drogas intravenosas.
 - d) Personal de salud con antecedentes de exposición ocupacional a sangre o líquidos potencialmente infectantes.
 - e) Punción con agujas o jeringas potencialmente contaminadas con sangre.

2. Antecedentes relacionados con transmisión sexual:

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

3. Antecedentes relacionados con la transmisión perinatal.

- a) Ser hijo menor de 5 años, de madre o padre con prácticas de riesgo para infección por VIH o cuya madre se conozca infectada por el VIH.
- b) Ser menor de 5 años, con datos clínicos que obliguen a descartar infección por VIH.

Una vez establecida la vulnerabilidad o la posibilidad de riesgo debe investigarse la posibilidad de infección por VIH por lo que se justifica solicitar una prueba de detección del VIH en sangre, previa consejería, de tal manera que se brinde información suficiente a la persona del porqué se solicita la prueba, su significado y repercusiones. Así mismo, se debe solicitar al paciente, o a su representante legal, que autorice y haga constar por escrito la realización de la prueba (consentimiento informado). (MINSa, 2011).

El diagnóstico de infección de VIH se basa en las pruebas que detectan antígenos y anticuerpos contra el virus. Estas pruebas se clasifican en (MINSa, 2011):

- Pruebas de detección o tamizaje: pruebas rápidas para detección de anticuerpos de VIH I y ELISA.
- Pruebas confirmatorias: Western Blot, antígeno p24, cultivo viral, DNA proviral y carga viral por RT PCR o DNA.

En Nicaragua, el Ministerio de Salud ha definido un algoritmo de diagnóstico que considera a una persona con VIH cuando presenta los siguientes criterios diagnósticos de laboratorio:

Dos pruebas rápidas de diferente principio para la detección de anticuerpos. En esta situación se considerará al individuo preliminarmente positivo y deberá confirmarse el diagnóstico con ELISA y Western Blot.

Además del algoritmo de diagnóstico, se puede considerar a una persona con VIH:

- Dos resultados positivos de ELISA y una prueba confirmatoria positiva (Western Blot).
- En un paciente con cuadro clínico sugerente de SIDA no es indispensable confirmar con Western Blot.
- Alguna prueba suplementaria positiva que determine la presencia del virus o de algún componente del mismo: cultivo viral, antígeno p24, carga viral.

Debe considerarse que una persona NO tiene VIH si presenta los siguientes criterios diagnósticos de laboratorio:

- Solo una de las pruebas para tamizaje de anticuerpos VIH I y II resultó positiva.
- El resultado del Western Blot es negativo.

En estos casos se recomienda realizar una prueba inicial y seguimiento al mes, a los 3 meses y 6 meses.

En las pruebas de tamizaje debe tenerse en cuenta:

1. Causas de falsos negativos de las pruebas:
 - a. Período de ventana (tres semanas a seis meses).
 - b. Tratamiento inmunosupresor.
 - c. Transfusión masiva.
 - d. Trasplante de médula ósea.
 - e. Presencia de polvo de guante de laboratorio durante el procedimiento.
 - f. Agammaglobulinemia.
 - g. Estadios finales de la enfermedad.
 - h. Error técnico.
 - i. Inadecuado almacenamiento y distribución de los reactivos de laboratorio.
2. Causas de falsos positivos de las pruebas:
 - a. Enfermedad auto inmune.
 - b. Mieloma múltiple.

- c. Hepatitis.
- d. Vacunación reciente contra influenza.
- e. Cirrosis biliar primaria.
- f. Transferencia pasiva de anticuerpos.
- g. Error técnico.
- h. Inadecuado almacenamiento y distribución de los reactivos de laboratorio.

Medidas preventivas

La prevención de la infección por VIH dependerá de precauciones eficaces en cuanto a las prácticas sexuales y el uso de fármacos inyectables, la aplicación de profilaxis perinatal para VIH, las pruebas de detección de productos sanguíneos y las prácticas de control de la infección en el contexto de la atención de la salud. (MINSA, 2011).

La abstinencia es la única manera absoluta de prevenir la adquisición sexual de la infección por VIH. Las estrategias para la prevención de la transmisión sexual del VIH se han centrado en reducir las conductas sexuales inseguras, fomentar el uso de preservativos y tratar las enfermedades de transmisión sexual. Las intervenciones conductuales adaptadas a cada sexo y congruentes con cada cultura pueden reducir la transmisión a las mujeres no infectadas. El uso correcto y sistemático de preservativos puede reducir de un modo considerable la transmisión del VIH y de otras ETS. Sin embargo, para que el preservativo sea eficaz, debería estar fabricado con látex y usarse de un modo adecuado. (MINSA, 2011).

Por tanto, debe aconsejarse a las personas que mantienen relaciones homosexuales/heterosexuales múltiples que reduzcan el número de parejas y que eviten la exposición de su mucosa oral o genital a la sangre, semen, saliva y secreciones vaginales. La correcta utilización de preservativos puede minimizar la infección por el HIV-1 y otras enfermedades de transmisión sexual. (MINSA, 2011).

El modo principal de prevenir la transmisión del VIH en los adictos a drogas por vía parenteral es interrumpir el consumo de drogas intravenosas en primer lugar. Los

programas de educación que tengan en cuenta las características culturales y que se dirijan a audiencias jóvenes tienen las máximas probabilidades de prevenir el consumo de drogas. El acceso a los centros de tratamiento es la mejor estrategia para las personas que ya consumen drogas intravenosas. Para que no deseen solicitar tratamiento o que no puedan acceder a él, la forma más eficaz de prevenir la infección por el VIH es no compartir agujas. (MINSA, 2011).

La administración de zidovudina a partir de las semanas 14-34 del embarazo y en el período del parto y al recién nacido durante las 6 primeras semanas de vida reduce la tasa de transmisión materno-fetal a menos del 8% y se tolera muy bien. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

El personal sanitario debe utilizar métodos de barrera (guantes y, si es necesario, mascarilla, protectores oculares y batas) y adoptar precauciones para evitar la producción de heridas por agujas, bisturíes u otros instrumentos punzantes en el transcurso de su empleo o limpieza. (MINSA, 2011).

Tratamiento

El tratamiento del VIH y el SIDA puede organizarse en tres áreas principales: 1) terapia antirretroviral, 2) profilaxis de las infecciones oportunistas y 3) tratamiento de las complicaciones relacionadas con el VIH. Estos tratamientos deben utilizarse con el objetivo de evitar las complicaciones relacionadas con el VIH, con la menor alteración posible en el estilo de vida del paciente, y tratando enseguida las complicaciones cuando aparezcan, antes de que deterioren el estado del paciente o se conviertan en potencialmente mortales. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

El tratamiento de la infección por el HIV-1 persigue dos objetivos:

- a) encontrar una combinación de fármacos con gran actividad antirretrovírica, que sean capaces de suprimir prácticamente la replicación del HIV-1, y
- b) permitir que el sistema inmunitario se reconstituya.

La terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), es decir, la combinación de al menos tres fármacos antirretrovirales (ARV) con actividad contra el VIH, es uno de

los avances médicos más importantes es de la terapia en los últimos 12 años (MINSA, 2011).

El primer esquema que se emplea en los pacientes, es el más importante y determinante del éxito terapéutico, de manera que los criterios de inicio de tratamiento son básicos para la optimización de los recursos disponibles en el manejo de estos pacientes. (MINSA, 2011).

EL Ministerio de Salud de Nicaragua se ha propuesto como objetivo antirretroviral lo siguiente:

1. Supresión virológica máxima y duradera.
2. Reconstitución y/o preservación de la función inmune.
3. Mejoría de la calidad de vida.
4. Reducción de la morbimortalidad asociada a la infección por el VIH.
5. Epidemiológico, reducir la transmisión.

El inicio temprano del tratamiento solo puede lograrse si se cuenta con las pruebas necesarias (CD4+ y CV). La determinación de linfocitos CD4+ y de CV, lejos de incrementar gastos de atención, logra optimizar el tratamiento, disminuyendo además los costos y las complicaciones por continuar un tratamiento ineficaz. (Gatell, Miró y Pumarola, 2012).

VIH/SIDA Y ADOLESCENCIA

Más de dos millones de jóvenes de entre 10 y 19 años están infectados por el VIH. Los adolescentes están especialmente expuestos a infectarse por el VIH y a morir por causas relacionadas con el virus. (OMS, 2013).

Los adolescentes son principalmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro. (OMS, 2013).

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento escaso del VIH/SIDA, mayormente por que la sociedad no les facilita la obtención de información. Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación

contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de esta. (OMS, 2013).

En los adolescentes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA pueden ser difíciles de entender, ya que el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene consecuencias inmediatas visibles. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría. Muchos jóvenes no están enterados de que se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables. (OMS, 2013).

En lugares donde la prevalencia de VIH/SIDA es alta, algunos adolescentes no se consideran en riesgo, mientras que si se infectaran, serian otros los responsables y no ellos. Algunos hasta ponen en duda la existencia del VIH/SIDA. (OMS, 2013).

Algunos adolescentes, en especial las mujeres corren riesgo de contraer VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad o sentirse incómodas con su sexualidad. A menudo no creen que puedan controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. No aceptan la importancia de los anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos. (OMS, 2013).

De acuerdo a los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 35 millones de personas en el mundo están viviendo con VIH, globalmente, la mitad del total de casos son mujeres, en la actualidad, la juventud ha cambiado sus posturas respecto a múltiples temas debido a la influencia de los medios de comunicación y de otros jóvenes. (Chávez & Álvarez , 2012)

Los jóvenes presentan una importante variedad de comportamientos sexuales de riesgo: relaciones sexuales sin protección, y bajo efectos de alcohol o drogas, con desconocidos, en 2 lugares públicos o promiscuidad, y que a pesar del cúmulo de información que disponen

exhiben con más frecuencia estas conductas y malos hábitos para cuidar su salud que en otros grupos etarios. (Chávez & Álvarez , 2012).

El conocimiento de los jóvenes sobre el VIH y los comportamientos sexuales más seguros ha mejorado a nivel mundial, pero sólo el 34% tiene un conocimiento cabal del VIH. (Barrantes-Brais, Ureña, & Gutiérrez, 2015).

En el SIDA la edad de las personas que padecen la enfermedad está entre los 25 y 35 años, ya que el periodo de latencia del VIH es aproximadamente de 12 a 15 años, hace pensar en la posibilidad que la adquisición del virus fue durante la adolescencia. (K. Opong, Menash, & Nyamekye, 2014).

En muchos países el conocimiento no se refleja en la práctica y pese, a estar debidamente informados acerca del VIH, algunos jóvenes tienen comportamientos de riesgo. (Barrantes-Brais et al., 2015).

Cuando se planifica e imparte debidamente la educación sobre el VIH y sexualidad, se permite aumentar el conocimiento, desarrollar habilidades y generar actitudes positivas, además de contribuir a modificar o reducir los comportamientos de riesgo. La eficacia de la educación sobre el VIH se ve limitada por la calidad de los planes de estudios, la escasez de docentes con formación adecuada, los métodos de enseñanza inapropiados y la falta de material didáctico pertinente. (Barrantes- Brais et al., 2015).

En los procesos de información, educación y comunicación, se requiere insistir en los adolescentes y jóvenes sobre el retraso de las relaciones sexuales, el uso consistente del condón, tener una pareja sexual; debido a la mayor vulnerabilidad por el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad ocasionada por presión social, el no uso del condón y las múltiples parejas que los exponen también a otros riesgos. (Barrantes- Brais et al., 2015).

La juventud está en el centro de la pandemia global del VIH/SIDA. Esto es una realidad tanto en países donde hay una epidemia generalizada, como en aquellos donde la epidemia es concentrada.

Los jóvenes presentan un alto riesgo de contagio del VIH porque, al iniciar su vida sexual, suelen tener varias relaciones sexuales, normalmente consecutivas y de poca duración y no siempre utilizan condones. En muchos países una proporción significativa de jóvenes inician su actividad sexual antes de alcanzar los 15 años.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas infecciones oportunistas que le pueden conducir a la muerte. La neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, la tuberculosis, la candidiasis y la infección por Citomegalovirus son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado SIDA. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA , 2012).

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica pueden ser controlados mediante la terapia antirretroviral. Los antirretrovirales pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA , 2012).

A pesar de los avances científicos y de los buenos resultados obtenidos con las distintas medidas terapéuticas implementadas la infección por VIH-SIDA continua siendo un grave problema de salud a nivel mundial y es considerado como un tema prioritario dentro de los

Programas de Salud Pública. Para disminuir la morbilidad y mortalidad derivada de la infección por el VIH y mejorar la calidad de vida de los pacientes, y disminuir la incidencia de los casos, es de esencial importancia homogenizar los criterios y procedimientos para la vigilancia epidemiológica de este padecimiento. (Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA , 2012).

En la respuesta frente al VIH no se puede seguir ignorando a las poblaciones más afectadas y relegadas. Es necesario implementar iniciativas eficaces de prevención del VIH y de empoderamiento que lleguen a las niñas y las jóvenes, grupo que continúa siendo el más vulnerable y el más afectado en muchas comunidades, en particular en la región de África al sur del Sahara, donde la carga de la epidemia es elevada. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021, 2015).

Los modelos confeccionados por ONUSIDA muestran que, si se pusiera en práctica un programa acelerado de pruebas de detección y tratamiento, en combinación con paquetes de prevención de alto impacto y un mayor compromiso con la protección de los derechos humanos, se lograría lo siguiente:

- reducir la cantidad de nuevos adultos infectados por VIH de 2,1 millones en 2010 a 500 000 personas en 2020.
- evitar 28 millones de infecciones entre 2015 y 2030;
- evitar casi 6 millones de infecciones en niños para 2030;
- evitar 21 millones de muertes vinculadas con el sida entre 2015 y 2030;
- ahorrar USD 24 000 millones en costos adicionales para el tratamiento del VIH;
- obtener una rentabilidad 15 veces mayor por las inversiones que los países destinan al VIH. (Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021, 2015).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio.

Descriptivo, de corte transversal.

Universo.

El Universo del estudio estuvo constituido por **452 Adolescentes** del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

Muestra.

La muestra estuvo conformada por **207 Adolescentes** que representan el 46.01% del total del Universo y que se encuentran matriculados en el 4° y 5° año de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el año 2016.

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

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

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

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

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

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

La muestra fue de tipo no probabilístico, por conveniencia, establecidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

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

Criterios de exclusión:

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

VARIABLES.

ENUMERACION DE VARIABLES SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Variables relacionadas a las características socio demográficas.

Edad

Sexo

Religión

Estado civil

Nivel de escolaridad

Procedencia

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

Conocimientos generales

Formas de transmisión

Diagnostico

Tratamiento

Signos y síntomas

Prevención

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

Actitud ante la prevención.

Actitud ante el uso del condón.

Actitud ante las personas portadoras y enfermas del SIDA

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

Número de parejas sexuales.

Prácticas acerca de la edad de inicio de las relaciones sexuales.

Prácticas acerca de las relaciones sexuales de riesgo.

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

Lugar de información

Fuente de Información

Informantes

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

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

Formas de transmisión de VIH/SIDA	Nivel de conocimiento acerca de las vías a través de las cuales se puede transmitir el VIH/SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Diagnostico	Nivel de conocimientos acerca de los medios a través de los cuales se puede realizar el diagnóstico del VIH SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Tratamiento	Nivel de conocimiento acerca de la conducta a seguir en el tratamiento del VIH/SIDA.	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Presentación clínica del VIH/SIDA	Nivel de conocimiento acerca de los signos y síntomas que presentan personas enfermas de VIH/SIDA	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Prevención	Nivel de conocimiento acerca de las medidas o métodos que pueden ser aplicados para evitar enfermarse de VIH/SIDA	0 -59% 60-69% 70-100%	Malo Regular Bueno
Actitud respecto al VIH/SIDA	Predisposición a reaccionar de manera sistemática favorable ante determinados	Puntuación según test determinado por	Desfavorable Favorable

	aspectos relacionados al VIH/SIDA	encuesta realizada	
Actitud respecto al uso del condón	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al uso del condón.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert:	Desfavorable favorable
Actitud respecto a las relaciones sexuales de riesgo	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto a las relaciones sexuales de riesgo.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Nivel de practica	Conjunto de costumbre ,hábitos que realiza el adolescente en su práctica sexual	Tipo de práctica, uso del preservativo, relaciones sexuales con más de una pareja	Buena Regular Mala
Alguna vez ha tenido relaciones sexuales	Practica de al menos una relación sexual coital por el encuestado en algún momento de su vida.	Si: si ha tenido al menos una relación sexual coital. No: no ha tenido relación sexual coital alguna.	Si No
Relaciones sexuales con más de una pareja	Prácticas sexuales del individuo con otras personas además de su pareja	Respuesta del encuestado	Siempre Casi siempre Nunca
Edad de inicio de las relaciones sexuales	Edad a la cual refiere el encuestado practico su primera relación sexual coital.	Adolescencia temprana. Adolescencia tardía.	10 a 14 años. 15 a 19 años.
Fuente de información	Medio a través del cual el encuestado obtuvo información sobre VIH/SIDA	Respuesta del encuestado	Lugares y medios de obtención de la información

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

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

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se elaboró un Instrumento de Recolección de la Información, basado directamente en los objetivos específicos del presente estudio.

Luego se procedió a un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 04 profesionales especialistas y que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Enfermeras, Psicólogas, y Religiosos, además contaremos con el apoyo de 20 Adolescentes escogidos al azar, de ambos géneros (10 varones-10mujeres), del nivel secundario de educación.

El Instrumento, se aplicó en una prueba piloto a un número de 30 Adolescentes que no estudian en el Instituto Nacional Segovia. Se realizará posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo, para hacer modificaciones en el mejoramiento del mismo.

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

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

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

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

Para valorar las actitudes respecto al VIH/SIDA de los adolescentes en estudio, se realizaron 16 preguntas con las siguientes opciones de respuesta:

A: de acuerdo

D: en duda

DS: en desacuerdo

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

Para una actitud favorable: 31 – 48 puntos.

Desfavorable: 16- 30 puntos

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

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

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

Bueno: 70- 100 puntos.

Malo: 0- 59 puntos.

Regular: 60-69 puntos.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

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

PLAN DE ANALISIS

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

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

Se realizará el siguiente entrecruzamiento de variables:

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

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

RESULTADOS

En relación a las características sociodemográficas de la población en estudio el mayor porcentaje de edad corresponde a personas entre 17 – 19 años representado por 53.1% (110) y el 46.9% (97) restante se encuentra entre 14 – 16 años. Así mismo un 53.6% (111) son de sexo femenino y 46.4% (96) masculino. Otro rasgo es el estado civil, obteniéndose que el 90.3% (187) están solteros, 6.8% (14) acompañados y solo un 2.9% (6) casados. También en relación a la religión el 73.9% (153) profesa la Católica, 23.7% (49) evangélica y 2.4% (5) son Testigo de Jehová. Además un 48.8% (101) sólo alcanzó 4° año de educación secundaria y 51.2% (106) llegó a 5°. Hay que mencionar además que el mayor porcentaje de la población procede de la zona rural 73.4% (55) y 26.6% (152) a la urbana.

Cuadro N° 1

Por lo que se refiere a conocimientos generales sobre VIH/SIDA, el primer aspecto que se indago fue si conocen que el SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, a lo cual el 93.7% (194) dijo que sí, 3.9% (8) que no y el 2.4% (5) afirmó no saber. El siguiente fue que si VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana, la mayor parte, 90.8% (188), expresó que sí, 3.9% (8) que no y 5.3% (11) dijo no saber. El tercer aspecto fue que si saben si el VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos, a lo que el 88.4% (183) respondió que no, 8.2% (17) que sí y 3.4% (7) manifestó no saber. Acerca de si cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja el 92.2% (191) dijo que sí, 3.9% (8) que no y 3.9% (8) no sabe.

Con respecto a que Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA, el 77.8% (161) dijo que sí, 15.9% (33) que no y 6.3% (13) no sabe. En el caso de que si el VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua, el 86.5% (179) considera que sí, 9.7% (20) que no y 3.8% (8) no sabe. El VIH/SIDA tiene cura, el porcentaje más pequeño de la población, 8.7% (18), no sabe, el 11.6% (24) dice que sí y el mayor porcentaje correspondiente a 79.7% (165) dice que no. Ahora los resultados a la aseveración número 8 sobre si el VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, lo

que el 94.2% (195) dijo que sí, 3.9% (8) que no y 1.9% (4) expresó no saber. En cuanto a si están de acuerdo que cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades, un 38.2% (79) piensa que la afirmaciones correcta, 6.3% (13) dice que no y 55.5% (115) no sabe. Por otra parte se planteó que si las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas, un 76.8% (159) piensa que sí, 11.1% (23) que no y 12.1% (25) dice no saber. Así mismo para la afirmación de que si el SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen, el mayor porcentaje, 92.8% (192), respondieron que sí, 5.8% (12) que no y 1.4% (3) expresó no saber. Como último aspecto en relación a los conocimientos de la población se preguntó que si estaban de acuerdo en que el SIDA se puede curar si se diagnostica pronto, 67.1% (139) afirma que sí, 19.3% (40) dice que no y 13.6% (28) expresa su desconocimiento. **Cuadro N° 2**

Por lo que se refiere a cómo se transmite el VIH/SIDA, 87.4% (181) están de acuerdo con que es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada, 6.8% (14) dicen que no es así y 5.8% (12) expresa no saber. Por otro lado se expuso que si las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA, ante lo cual el 92.8% (192) dijo que sí, 4.3% (9) que no y 2.9% (6) expresó no saber.

Además se sugirió que se puede contagiarse de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas, el mayor porcentaje correspondiente a 92.3% (191) expresó que si, 5.8% (12) que no y 1.9% (4) dijo no saber. Otra de las afirmaciones fue que si se transmite por mala higiene personal, a este respecto el 46.4% (96) dijo que si, 33.3% (69) que no y 20.3% (42) dijo no saber. Una alternativa diferente fue que si el no uso de preservativos en una relación sexual, por la cual 72.0% (150) se inclinó a expresa que si, 14.0% (29) que no y 14.0% (2) dijo no saber. Otro aspecto fue que si consideran que una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas, en donde 76.3% (158) dijo que si, 11.6% (24) que esto no es posible y 12.1% (25) dice no saber. Con respecto a si una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebé durante el parto y durante el período de lactancia materna el 85.9% (178) afirmó estar de acuerdo con esta aseveración, 10.6% (22) dijo que no y 3.5% (7) dijo no saber.

En cuanto a si el VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales, la mayor parte opina que no, 82.6 (171), un 8.2% (17) dice que si y 9.2% (19) dice no saber. Con respecto a si el VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lágrimas, el 9.2% (19) afirma que sí, 83.5% (173) expresa que no y 7.55% (15) dice no saber. Ahora bien otro punto fue que si se puede adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA, ante lo que 19.8% (41) dijo que si, 58.0% (120) que no y 22.2% (46) expresó no saber. **Cuadro N° 3**

En relación a los conocimientos sobre el diagnóstico del VIH/SIDA, se planteó que si este se hace por lo que la persona siente o manifiesta, ante lo cual el 39.6% (82) dijo que si, 51.2% (106) que no y 9.2% (19) dijo no saber. Al mismo tiempo se propuso que si lo hacen por lo que le dice algún amigo o conocido y un 22.7% (47) dijo que sí, 73.4% (152) que no y 3.9 (8) expresa no saber. Otra alternativa fue que si lo realizan por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo, con lo que la mayoría 81.2% (168) está de acuerdo, 7.7% (16) dijo que no y 11.1% (23) expresó no saber del asunto. Además un 83.6% (173) está de acuerdo con que el diagnóstico que hace por el resultado de laboratorio, contra lo que un 6.8% (14) expresó que no y 9.6% (20) dijo no saber.

Cuadro N° 4

Acerca de los conocimientos sobre el tratamiento del VIH/SIDA El primer aspecto abordado fue: Usted mismo se daría tratamiento, a lo que 30.9% (64) dijo que si, 50.7% (105) que no y 18.4% (38) expresó no saber. En relación a si tomarían medicamentos recomendados por amigos o familiares, un 18.8% (39) dijo que sí, 54.1% (112) que no y 27.1% (56) dice que no sabe. Otra opción fue que si acudirían a un curandero, la mayoría representada por 68.2% (141) dijo que no y un 15.9% (33) expresa en cantidades iguales que si o que no sabe. Por otro lado se preguntó que si tomarían medicamentos indicados por el médico, a lo que el 96.0% (199) dijo que si, 2.0% (4) que no y un porcentaje similar expresó no saber. **Cuadro N° 5**

En materia de los conocimientos sobre signos y síntomas del sobre el VIH/SIDA, en cuanto a fiebre el 61.4% (127) dice que sí se presenta, 20.3% (42) que no se presenta y 18.3% (38) dice no saber. Simultáneamente se preguntó que si existe picazón en la región genital, a lo que el 81.6% (169) dijo que si, 6.8% (14) dijo que no y un 11.6% (24) expresó no saber. Otro de los signos fue la pérdida de peso con a lo que 77.3% (160) de las personas dijo que si, 19.3% (40) que no y 3.4% (7) dijo no saber.

Además sobre el padecimiento de diarrea, un porcentaje de 65.2% (135) estuvo de acuerdo, un 21.7% (45) dijo que no y 13.1% (27) expresó no saber. Otro de los signos sugeridos fue la presencia de vómitos, dónde un 51.6% (107) dijo que sí, 24.2% (50) que no y un porcentaje similar expresó no saber. Hay que mencionar además el padecimiento de dolor de Cabeza, un 66.7% (138) dijo que sí es un síntoma, 7.7% (16) dijo que no y 25.6% (53) dijo no saber. Además en cuestión que experimentar escalofríos, el 47.3% (98) dice que si, 14.5% (30) que no y 38.2% (79) no sabe. No sólo todo lo antes mencionado sino también la presencia de Verrugas (pelotitas en las partes íntimas), a lo que el 72.9% (151) dijo que sí, 1.9% (4) que no y 25.2% (52) no sabe. **Cuadro N° 6**

Sobre los conocimientos de las medidas de prevención del sobre el VIH/SIDA , 57.5% (119) dijo que estuvo de acuerdo con no tener relaciones sexuales, 26.1% (54) dijo que no y 16.4% (34) afirmó no saber, Otra proposición fue tener una sola pareja sexual, a lo que 72.5% (150) dijo que si, 14.0% (29) dijo que no y 13.5% (28) expresó no saber. También se preguntó si no usar drogas por las venas es una medida y la mayoría de las personas 58.5% (121) dijo que si, 36.2% (75) que no y 5.3% (11) expresó no saber.

A su vez se preguntó que si reducir el número de parejas sexuales es una medida eficaz, 77.2% (160) dijo que si, 15.2% (31) que no y un 7.6% (16) no sabe. Ahora en relación al uso de condón, la mayoría 85.0% (176) dijo que sí, 3.9% (8) que no y 11.1% (23) no sabe. Por otra parte se planteó la practicando de sexo oral como medida preventiva, un 14.0% (29) correspondiente al menor porcentaje expresó no saber nada al respecto, 19.8% (41) dijo que esta era una medida y el mayor porcentaje correspondiente a 66.2% (137) dijo que no. Así mismo se sugirió el acto de eyacular (terminar) fuera de la pareja, a lo que 53.6% (111) dijo que si, 27.5% (57) que no y 18.9% (39) no sabe.

También se presentó la masturbación como una medida, un 18.4% (38) estuvo de acuerdo, 59.9% (124) no y 21.7% (45) dijo no saber. En relación a no usar baños públicos, 39.6% (82) manifiestan que si, 58.5% (121) que no y 1.9% (4) no sabe. Ante el hecho de no usar jeringas contaminadas un 68.6% (142) estuvo de acuerdo, 28.0% (58) dijo que no y 3.4% (7) expresó no saber. **Cuadro N° 7**

El siguiente punto trata de la actitud ante el uso del condón, a lo cual el 41.5% (86) de las personas están de acuerdo que disminuye el placer sexual, 36.2% (75) está en duda y 22.3% (46) está en desacuerdo. Ante sí es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando, el 36.7% (76) está de acuerdo, 31.4% (65) en duda y 31.9% (66) en desacuerdo. También un 46.9% (97) está de acuerdo en que le daría mucha vergüenza comprar un condón, 23.6% (49) está indeciso sobre esto y 29.5% (61) dice estar en desacuerdo. Otra opción es si creen que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene, con lo que el 46.4% (96) está de acuerdo, 11.1% (23) está en duda y 42.5% (88) dice no estar de acuerdo.

Ante el hecho de que debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión, el 18.4% (38) está de acuerdo, 21.7% (45) está en duda y 59.9% (124) en desacuerdo. Por otra parte un 42.5% (88) esta desacuerdo con que solo los hombres deben portar preservativos, 23.7% (49) está de acuerdo y el 33.8% (70) está dudoso. Sobre sí solo las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales un 73.4% (152) está de acuerdo, 7.2% (15) en duda 19.4% (40) en desacuerdo. **Cuadro N° 8**

En materia de las actitud ante las relaciones sexuales de riesgo, 51.7% (107) está de acuerdo con evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales, 39.6% (82) está en duda y 8.7% (18) en desacuerdo. Otro aspecto fue que si piensan que una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas, a lo que el 5.3% (11) respondió estar de acuerdo, 11.6% (24) en duda y 83.1% (172) en desacuerdo. En relación a que si no tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA, un 88.4% (183) está de acuerdo, 7.2% (15) en duda y 4.4% (9) en desacuerdo.

Acerca de si practicar sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA, un 71.9% (149) expresa estar de acuerdo, 22.2% (46) está en duda y 5.8% (12) en desacuerdo. Con respecto al hecho de que entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor, un 37.7% (78) afirma estar de acuerdo, 22.7% (47) está en duda y 39.6% (82) en desacuerdo. En cuanto a que si combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero, 61.4% (127) está de acuerdo, 21.6% (45) se encuentra dudoso y 17.0% (35) está en desacuerdo. **Cuadro N° 9**

Sobre las actitudes ante las personas portadoras de VIH/SIDA, la primera es si rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA, a lo que 18.8% (39) está de acuerdo, 3.4% (7) en duda y 77.8% (161) en desacuerdo. La segunda fue que si lo tratarían como una persona normal a lo que el 82.6% (171) estuvo de acuerdo, 12.1% (25) en duda y 5.3% (11) en desacuerdo. Otro de los aspectos fue que si las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen, a lo que el 15.5% (32) minoritario dijo que estaba de acuerdo, 43.0% (89) en duda y 41.5% (86) en desacuerdo. Otra aseveración fue que si fuera su pareja quien porta VIH/SIDA NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría, 5.8% (12) está de acuerdo, en duda 83.6% (173) y 10.6% (22) en desacuerdo, además de que NO pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA, el 89.4% (185) está de acuerdo, 4.3% (9) en duda y 6.3% (13) en desacuerdo. **Cuadro N° 10**

Sobre el uso de drogas como práctica de riesgo la primera interrogante fue que si ha utilizado algún tipo de droga inyectada, a lo que el 98.1% (203) dijo que no y 1.9% (4) dijo que si. **Cuadro N° 11A**

Continuando con las prácticas de riesgo y en relación al uso de tatuajes, 36.7% (76) expresó que poseían un tatuaje y 63.3% (131) que no. **Cuadro N° 11B**

Sobre la fidelidad y su relación con las prácticas de riesgo, 30.9% (64) expresó practicar la fidelidad y 69.1% (143) manifestaron que eran infieles. **Cuadro N° 11C**

Por otro lado sobre las prácticas de riesgo en los Adolescentes, un 77.8% (161) no acostumbra a portar siempre un condón en tu billetera o mochila y sólo un 22.2% (46) manifestó que sí. **Cuadro N° 11D**

En relación a los antecedentes de relaciones sexuales, el 48.8% (101) ya tuvieron relaciones y 51.2% (106) no. **Cuadro N° 12A**

Por lo que se refiere al inicio de vida sexual activa, un 1.9% (2) inició entre los 10-11 años, 5.9% (6) entre 12-13 años, 73.5% (74) entre 14-15 años, 15.8% (16) entre los 16-17 años y 2.9% (3) entre 18-19 años; esto nos indica que el mayor porcentaje de las personas inician su vida sexual en una etapa temprana. **Cuadro N° 12B**

Sobre el uso del condón en las relaciones sexuales, un 15.8% (16) manifestó que lo usa siempre, 11.9% (12) casi siempre y la mayoría correspondiente a 72.3% (73) no lo usa nunca. **Cuadro N° 12C**

Se indagó además sobre los antecedentes de relaciones sexuales con otra persona además de su pareja, a lo que un increíble porcentaje de 68.3% (69) dijo que sí y 31.7% (32) que no. **Cuadro N° 12D**

Otro punto en relación a las prácticas sexuales es el número de personas con las que han tenido relaciones, 47.8% (48) manifiesta que solo una, 42.6% (43) dos y 9.6% (10) de tres a más. **Cuadro N° 12E**

El siguiente punto es sobre los medios masivos de información que utilizan sobre VIH/SIDA, la T.V. es para 98.1% (203), Internet para 93.2% (193), Revistas y/o Brochures para 83.6% (173), Radio para 99.0% (205) y libros para 63.3% (131). **Cuadro N° 13**

Con respecto a las personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA, 97.1% (201) dijo que con amigos, 90.8% (188) con su novio o novia, 83.1% (172) con médicos, 72.9% (151)

con maestros, 61.4% (127) con sus hermanos, 58.9% (122) con sus mamás, 42.0% (87) con sus padres, 15.9% (33) con sacerdotes. **Cuadro N° 14**

Sobre los lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA, 88.4% (183) fue en la calle, 81.6% (169) en la escuela, 67.1% (139) en unidades de salud, 54.6% (113) en iglesias y 41.1% (85) en la casa. **Cuadro N° 15**

En relación al nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA, 73.4% (152) lo califica como bueno, 20.3% (42) regular y 6.3% (13) como malo. **Cuadro N° 16**

En lo que respecta al nivel de actitud sobre VIH/SIDA, para un 79.6% (165) es favorable, 4.4% (9) indeciso y 16.0% (33) desfavorable. **Cuadro N° 17**

En cuanto a el nivel de práctica sobre VIH/SIDA, 8.7% (18) la evalúa como buena, 15.0% (31) como regular y 76.3% (158) como mala. **Cuadro N° 18**

En relación al nivel de conocimiento versus nivel de actitud, el nivel de conocimiento es bueno para: 86.2% (131) con nivel de actitud favorable, 2.6% (4) con actitud indecisa y desfavorable para 11.2% (17). El nivel de conocimiento es regular para: 57.1% (24) con actitud favorable, 7.1% (3) indecisa, y 35.8% (15) desfavorable. Por último en esta relación, el nivel de conocimiento es malo para: 6.9% (10) con actitud favorable, 15.4% (2) indecisa, y 7.7% (1) desfavorable. **Cuadro N° 19**

Sobre el nivel de conocimiento versus nivel de práctica, se obtuvo que un buen nivel de conocimiento asegura un nivel de práctica: Bueno para un 8.6% (13), regular para 13.2% (20) y 78.2% (119) malo. Del mismo modo para un nivel de conocimiento regular, el nivel de práctica es bueno en un 4.8% (2), regular en 19.0% (8) y malo para 76.2% (32). A un nivel de conocimiento malo, el nivel de prácticas es bueno en un 23.1% (3), regular en 23.1% (3) y malo para 53.8% (7). **Cuadro N° 20**

En cuanto a las características Socio Demográficas versus Nivel de Conocimiento se obtuvo que es mayoritariamente bueno en un 64.3% (63), regular para 28.9% (28) y malo para 6.8% (6); entre las edades de 14-16 años. Del mismo modo para las edades entre 17-19 años, el nivel de conocimiento es bueno en un 80.9% (89), regular para 12.7% (14) y malo en 6.4% (7).

En relación al sexo, el nivel de conocimiento es bueno para 61.5% (59), regular para 34.4% (33) y malo para 4.1% (4), en los hombres; en las mujeres es bueno para 83.8% (93), regular para 8.1% (9) y malo para 8.1% (9). Ahora sobre el estado civil, en los solteros el conocimiento es: bueno en 78.6% (147), regular 18.7% (35) y malo para 2.7% (5); en los acompañados, para 33.3% (2) es bueno, regular para 33.3% (2) y malo para un 33.4% (2). Para los casados se encontró que 21.4% (3) tenía un nivel de conocimiento bueno, 35.7% (5) regular y 42.9% (6) malo.

Relacionado a la religión, en la denominación católica, para 81.0% (124) es bueno, para 14.4% (22) regular y malo para 4.6% (7). En la evangélica, el nivel de conocimiento es bueno para 53.1% (26), regular en 38.8% (19) y malo para 8.1% (4). Para otras denominaciones es bueno en 40.0% (2), regular en 20.0% (1) y malo para 40.0% (2).

En la escolaridad se encontró que en 4° año el nivel de conocimiento es bueno para 64.4% (65), regular para 25.7% (26) y malo para 9.9% (10); en 5° año es bueno para 82.1% (87), regular para 15.1% (16) y malo en 2.8% (3). En relación a la procedencia de la zona urbana, el conocimiento es bueno para 86.2% (131), regular en 9.2% (14) y malo para 4.6% (7). De la misma manera en la zona rural el conocimiento es bueno en 38.2% (21), regular para 50.9% (28) y malo en 10.9% (6), **Cuadro N° 21**

El siguiente punto es sobre las características socio-demográficas versus nivel de actitud, en las edades entre 14-16 años se encontró un nivel de actitud bueno en el 76.3% (74), regular en 3.1% (3) y malo para 20.6% (20).

Entre 17-19 años bueno para 82.7% (91), regular para 5.5% (6) y malo para 11.8% (13). En relación al sexo en los hombres el nivel de actitud es bueno en 73.9% (71), regular en 6.3% (6) y malo para 19.8% (19). En las mujeres es bueno en 84.7% (94), regular para 2.7% (3) y malo en 12.6% (14). Por otro lado sobre el estado civil, en los solteros se encontró que es bueno en 83.9% (157), regular para 3.2% (6) y malo para 12.9% (24); en las personas acompañadas es bueno en 33.3% (2), regular para 33.3% (2) y malo en 33.4% (2), en los casados es bueno en 42.9% (6), regular para 7.1% (1) y malo en 50.0% (7).

En la religión católica se encontró que para 89.5% (137) es bueno, regular para 1.9% (3) y malo para 8.6% (13); en la evangélica, es buena para 53.1% (26), regular en 10.2% (5) y mala en 36.7% (18). En otras se encontró que es buena para 40.0% (2), regular en 20.0% (1) y mala para 40.0% (2). En relación a la escolaridad, en 4° año, es bueno para 76.2% (77), regular para 3.0% (3) y malo para 20.8% (21); en 5° año, es bueno para 83.0% (88), regular para 5.7% (6) y malo en 11.3% (12). Con respecto a la procedencia, en la zona urbana se halló que en 80.9% (123) era bueno, 3.3% (5) regular y 15.8% (24) malo; en la rural 76.4% (42) bueno, 7.3% (4) regular y 16.3% (9) malo. **Cuadro N° 22**

Sobre las características socio-demográficas versus nivel de práctica, en materia de edad se encontró que para personas entre los 14-16 años, el nivel de práctica es bueno en 11.3% (11), regular para 19.6% (19) y malo en 69.1% (67). Entre las edades de 17-19 años se encontró un nivel de prácticas bueno para 6.4% (7), regular para 10.9% (12) y malo en 82.7% (91). En relación al sexo, se halló que para los hombre en un 13.5% (13) es bueno, regular para 11.5% (11) y malo para 75.0% (72). En las mujeres de manera similar, 4.5% (5) bueno, 18.0% (20) regular y 77.5% (86) malo.

Sobre el estado civil, en los solteros es bueno para 5.3% (10), regular en 12.3% (23) y malo para 82.4% (154). En los que están acompañados es bueno en 33.3% (2), regular en 50.0% (3) y malo para 16.7% (1). Para los casados se encontró que es bueno en 42.9% (6), regular en 35.7% (5) y malo para 21.4% (3). Además sobre la religión, los católicos tienen: un

nivel de práctica bueno en 5.2% (8), regular en 6.5% (10) y malo para 88.3% (135); para los evangélicos se determinó, bueno en 18.4% (9), regular en 38.8% (19) y malo para 42.8% (21). En otras religiones se encontró que era bueno para 20.0% (1), regular en 40.0% (2) y malo en 40.0% (2).

Ahora sobre la escolaridad, en 4° año el nivel de prácticas era bueno para 13.9% (14), regular para 22.8% (23) y malo para 63.3% (64) y en 5° año, es bueno en 3.8% (4), regular para 7.5% (8) y malo para 88.7% (94). También en relación a la procedencia, de la zona urbana se encontró que 6.6% (10) de las personas tenía un nivel de prácticas bueno, 9.9% (15) regular y 83.5% (127) un mal nivel de prácticas. En la zona rural, fue bueno en 14.5% (8), regular para 29.1% (16) y malo en 56.4% (31). **Cuadro N° 23**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al analizar la mayor frecuencia por grupo de edad, la distribución de los adolescentes prevaleció entre las edades de 17 a 19 años con el 53.1% del total de la muestra. La Encuesta Nacional de Salud (INIDE-ENDESA 2011/12), indica que de acuerdo a datos proporcionados por el Ministerio de Salud de Nicaragua, el comportamiento de la Epidemia del VIH/SIDA en el país, el 89% son adultos y 11% son adolescentes, niños y niñas.

Aunque la epidemia está afectando principalmente a jóvenes entre 17 y 19 años (53.1%), la epidemia se está desplazando rápidamente hacia los adolescentes, de menor edad. El grupo de edad 0-14 años representó el 5.6% de nuevas infecciones ocurridas en el año 2006, mientras los adolescentes entre 15 y 19 años representaron el 6.8%.

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

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

Un dato importante, fue el descubrimiento de un pequeño grupo de adolescentes que indicaron estar acompañado(a) y/o casado(a), reflejando, de alguna manera el condicionamiento socio cultural a lo que se exponen los jóvenes, al responsabilizarse de su pareja, sobre todo debido a la creciente tasa de embarazos adolescentes no planificados que existe en nuestro país.

Los Adolescentes que profesan la religión católica prevalecieron en el grupo de estudio, seguidos por los de la religión Evangélica. Los factores socio culturales durante la etapa de la Adolescencia influyen dentro del desarrollo de la personalidad de los jóvenes, creando condiciones de choque entre los valores sociales y familiares y los sentimientos que se van desarrollando dentro de sí mismos. Esta situación promueve dentro de los jóvenes crisis que culminan en decisiones mal tomadas y/o el desarrollo de hábitos negativos para su propio desarrollo como lo son el consumo de drogas y alcoholismo, creyendo de esa manera que dominan a la sociedad.

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

En referente a la escolaridad 48.8% de los adolescentes cursaban el cuarto año de secundaria y el 51.2% se encontraba en el quinto año de secundaria. Un factor importante es el hecho que, en los últimos años ha existido un proceso de masificación de la gratuidad a la educación, creando también paralelamente un ambiente propicio para desarrollar nuevos tipos de relaciones entre los jóvenes, los cuales sin una orientación oportuna y objetiva, desarrollan grupos de riesgo que condicionaran de manera positiva el aumento en la prevalencia de VIH en los jóvenes del país, por lo que es prioritario fomentar la prevención primaria a través de múltiples iniciativas como la promoción y educación en salud.

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

El nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre el tema VIH/SIDA, fue muy importante que en general la mayoría tenían un conocimiento bueno, correspondiendo a una

mayor masividad de la información, un mejor desarrollo con respecto a los procesos de capacitación dentro y fuera de las aulas de clases dirigido a los adolescentes, y sobre todo que las organizaciones del estado hayan venido coincidiendo en el desarrollo de programas y actividades en conjunto que demuestran una dirección oportuna y real acerca de la problemática del tema del VIH SIDA en los Adolescentes Nicaragüenses.

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

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

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

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

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

En el estudio, en relación al nivel de práctica predominó una práctica mala. Probablemente este fenómeno se encuentra debido al vacío que todavía existe en relación a una participación más activa de la familia con los adolescentes, y la falta de una buena coordinación con los otros agentes que participan en la formación de los adolescentes desde etapas tempranas del desarrollo como lo son los maestros, religiosos, tutores culturales grupos de amigos etc.

En cuanto a inicio de vida sexual activa un 48.8% de los adolescentes ya han iniciado una vida sexual, de los cuales la edad de inicio de las relaciones sexuales más frecuente que se encontró fue entre 14 y 15 años, además un pequeño grupo de adolescentes (5.9%) iniciaron relaciones sexuales antes de los 14 años, esto parece deberse en gran parte a la falta de comunicación entre padres e hijos, y por tanto un factor predisponente a embarazos adolescentes y a ITS. Sin embargo un grupo muy significativo (51.2%), aun no inician a tener relaciones sexuales de tal manera que los adolescentes en estudio conocen la importancia de retrasar el inicio de las relaciones sexuales.

De los adolescentes que reflejaron haber iniciado vida sexual, solo el 15.8% manifestó utilizar siempre el condón al momento de llevar a cabo una relación sexual, poniendo de manifiesto que los adolescentes a pesar de tener un buen conocimiento y una buena actitud, poseen mala práctica, la sociedad nicaragüense está condicionada por un sentimiento machista bastante profundizado en la sociedad, con afectación directa hacia los jóvenes, donde el rol masculino piensa con un sentimiento de invulnerabilidad y creyendo que tiene el control de todo.

Un grupo de adolescentes refirió sostener relaciones sexuales con más de 3 personas (9.6%), de forma simultánea, esta condición sumada al hecho de no tomar ninguna prevención en el momento de las relaciones sexuales, condiciona una realidad difícil ya que los adolescentes están viviendo la sexualidad sin protección alguna, exponiéndose cada vez al VIH/SIDA, lo que está relacionado con informes suministrados por ONUSIDA que establecen un mayor número de casos positivos, (PVVS), sobre todo en adolescentes, razón

por la cual se han dirigido programas por esta causa, ejemplo de ellos es el programa cuenta cero.

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

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

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

Un dato importante es el hecho que el 83.1% de las personas que han servido como fuentes de información a los adolescentes del presente estudio han sido los médicos, lo que resulta en un futuro lleno de optimismo donde la información obtenida por los jóvenes mantenga en todo momento una calidad y objetividad permanente.

Una estrategia que ha tenido impacto en los jóvenes es que actualmente las políticas y planes de Salud Sexual y Reproductiva han buscado incorporar estas temáticas en los

contenidos curriculares del Ministerio de Educación del país, creando además un apoyo interinstitucional con los otros entes estatales a manera que todos se comprometan en que la información obtenida de primera mano de parte de los Adolescentes contenga veracidad y objetividad, desarrollando en el grupo inclusive la iniciativa de consultar con sus profesores y más aún el fenómeno de impulsar actividades que promuevan una mayor participación de sus pares.

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

Analizando los factores sociodemográficos vs. El nivel de conocimiento, en relación a la edad se reconoció que el grupo de mayoría de edad tenía una mejor calidad del conocimiento, además de encontrarse en años superiores desde el punto de vista del nivel de escolaridad, y en relación al sexo, fueron las del sexo femenino que prevalecieron en un 83.8% de buen conocimiento.

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

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

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

En el momento de evaluar las prácticas de riesgo de los Adolescentes, prevaleció en general una mala práctica, dominando las edades ubicadas entre los 17 a 19 años y del sexo femenino. El hecho de sentirse más adulto, con un sentimiento de invencibilidad hace que los adolescentes desarrollen una idea errónea de las actividades que lo hacen exponerse a un mayor riesgo al vih sida, por el contrario la prevalencia de las mujeres podría indicar su sometimiento y condicionamiento a las prácticas de presión del machismo y chantaje que son objetos por parte de sus parejas sexuales para poder conquistarlas y desarrollar vida sexual activa, exponiéndolas de forma indirecta a círculos de varias parejas que potencializan su riesgo al momento de desarrollar complicaciones como lo son embarazos no deseados, y procesos infecciosos de transmisión sexual.

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

CONCLUSIONES

1. Predominaron los Adolescentes de 14-16 años, del sexo femenino, con escolaridad en su mayoría de 5° año de secundaria, solteros, y de religión Católica.
2. El conocimiento en general fue bueno, teniendo mayor porcentaje aquella que se relacionaban a la forma de transmisión.
3. La principal fuente de información respecto al VIH/SIDA fue la televisión y la radio, seguida del internet, los amigos y la escuela tuvieron una participación importante.
4. La actitud fue favorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en la no discriminación a las personas con VIH/SIDA.
5. La práctica fue mala, encontrando que a pesar de que en su mayoría cuenta con información al menos básica del VIH, no utilizan las medidas preventivas.

RECOMENDACIONES

- 1.- El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación y todos los actores, deberán seguir estableciendo la estrategia que fortalezca la difusión del continuo conocimiento sobre el tema del VIH/SIDA con mayor énfasis a la población de jóvenes, con información coherente sobre todo en los grados correspondientes a las primeras etapas de la Adolescencia.
- 2.- Respaldar estudios que refuercen el Conocimiento sobre el tema de VIH/SIDA, en los sistemas locales de salud, con la finalidad de implementar programas de prevención, educación y salud sexual y reproductiva, tomando a la población Adolescente como una prioridad del sistema de salud pública de Nicaragua.
- 3.- Reforzar a las redes comunitarias, para que transmitan información referente al VIH/SIDA, integrando a los maestros de los centros escolares, grupos religiosos, ONG que manejan el tema de VIH-SIDA, motivando la incorporación del núcleo familiar como estrategia para fortalecer la prevención de la epidemia.
- 4.- Fomentar a través de los medios de comunicación, programas dirigidos a aumentar el conocimiento y la buena conducción de todos los aspectos relacionados con el VIH/SIDA y que motiven a la población a buscar información referente al tema.
- 5.- Establecer lugares donde los jóvenes puedan informarse sobre la temática de VIH/SIDA, durante todo el año, teniendo acceso a una información objetiva, dándoles charlas educativas, teniendo acceso a la realización de la prueba del VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

Manual de Salud Sexual y Reproductiva Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social El Salvador . (1999).

Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso del condon en adolescente. (2003).

Programas Nacionales contra el SIDA . (2005).

Manual para jovenes VIH SIDA derechos humanos y genero . (2007).

Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. (2008).

ONUSIDA . (2008).

Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena Colombia . (2011).

MINSA. (2011).

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA . (2012).

Estrategia Nacional de Comunicacion para el Abordaje del VIH SIDA 2011-2015. (2015).

ONUSIDA Datos de VIH SIDA . (2015).

Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2020. (2015).

Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021. (2015).

Anderson. (2007). El Diccionario de Medicina Mosby . 30.

ANTOLOGÍA DEL VIH SIDA. MINED NICARAGUA. EDUCACION PARA PREVENCIÓN DE VIH . (s.f.).

Barrantes- Brais et al. (2015).

Barrantes-Brais et al. (2015).

- Barrantes-Brais, Ureña, & Gutiérrez. (2015).
- Cardona Arias, J. A. Hernández, J.C. Suárez, G.R. Zapata, W. (2015). Conocimientos actitudes y prácticas sobre VIH/ SIDA en estudiantes de educación media de Medellín.
- Chávez & Álvarez . (2012).
- Erika Ríos, Laia Ferrer, Jordi Casabona, Joan Cayla, Angels Avecilla, Jordi Gómez iPrat, Jesús Edison , Olga Pérez , Susana Garcí, Pere Toran, Marta Ruiz, Teresa Gros. (2009). Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebies en Cataluña.
- Gatell, Miró y Pumarola. (2012).
- [http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-
causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html](http://www.lavanguardia.com/vida/20151201/30512557112/las-muertes-de-adolescentes-a-causa-del-sida-se-triplican-en-los-ultimos-15-anos.html). (s.f.).
- K. Oppong et al. (2014).
- K. Oppong, Menash, & Nyamekye. (2014).
- Norma 118 Manual de consejería para el abordaje del VIH . (Managua Agosto 2013).
- Martínez, Cuevas, Apodaca. (2005).
- Ndabarora & Mchunu. (2014).
- Needlman. (2004).
- OMS . (Noviembre 2015). *Datos y Cifras* .
- OMS. (2013).
- ONUSIDA. (2008). Obtenido de http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_20
- ONUSIDA. (2011).
- Quinn. (2009).
- Zolopa y Katz. (2007).

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

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

I- DATOS GENERALES.

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

II – CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA.

A. CONOCIMIENTOS GENERALES.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida			
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana			
3) EL VIH/sida se cura en la mayoría de los casos			
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja			
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA.			
6) El VIH/sida es un problema de salud importante en Nicaragua			
7) El VIH/SIDA tiene cura			
8) El VIH /SIDA en una enfermedad de transmisión sexual			
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las			

enfermedades			
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas			
11) El sida es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen			
12) El SIDA se puede curar si se diagnóstica pronto			

B. FORMAS DE TRANSMISION:

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

C. DIANOSTICO.

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

D. TRATAMIENTO.

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

E. SIGNOS Y SINTOMAS

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

F. MEDIDAS DE PREVENCION.

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

10) No usar jeringas contaminadas.			
------------------------------------	--	--	--

III. ACTITUD FRENTE AL VIH/SIDA

A: De acuerdo I: Indeciso DS: En desacuerdo

A. ANTE EL USO DEL CONDON.

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

B. ANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO.

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

C. ANTE LAS PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA.

PREGUNTAS	A	I	DS
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA			
2) Lo trataría como una persona normal			
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen			
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con el o ella pero lo besaría			

5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA			
--	--	--	--

IV-PRACTICAS EN RELACION AL VIH/SIDA

PRACTICAS DE RIESGO

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

PRACTICAS SEXUALES

5. ¿Has tenido relaciones sexuales?

SI _____ NO _____

6. ¿Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales?

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

7. ¿En tus relaciones sexuales utilizas condón?

Siempre _____ Casi Siempre _____ Nunca _____

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

SI _____ NO _____

9. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?

1 _____ 2 _____ 3 a más _____

V-FUENTE DE INFORMACION SOBRE VIH

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

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

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

PERSONAS CON QUIEN HAS HABLADO DE VIH/SIDA	MARQUE CON UNA X
Madre	
Padre	
Hermanos	
Novio (a)	
Esposo (a)	
Amigos	
Médicos	
Maestros	
Sacerdotes	
Pastores	

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

Calle	
Casa	
Escuela	
Iglesias	
Bares	
Unidades de salud	

Observación:

CUADRO N° 1

Características Socio Demográficas sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Características Sociodemográficas	Numero	%
Edad		
14 – 16 años	97	46.9
17 – 19 años	110	53.1
Sexo		
Masculino	96	46.4
Femenino	111	53.6
Estado Civil		
Soltero (a)	187	90.3
Casado (a)	6	2.9
Acompañado (a)	14	6.8
Religión		
Católica	153	73.9
Evangélica	49	23.7
Testigo de Jehová	5	2.4
Escolaridad		
4° año	101	48.8
5° año	106	51.2
Procedencia		
Urbano	152	73.4
Rural	55	26.6

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 2

Conocimientos generales sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	194	93.7	8	3.9	5	2.4
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana	188	90.8	8	3.9	11	5.3
3) EL VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos	17	8.2	183	88.4	7	3.4
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja	191	92.2	8	3.9	8	3.9
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA	161	77.8	33	15.9	13	6.3
6) El VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua	179	86.5	20	9.7	8	3.8
7) El VIH/SIDA tiene cura	24	11.6	165	79.7	18	8.7
8) El VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual	195	94.2	8	3.9	4	1.9
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades	79	38.2	13	6.3	115	55.5
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas	159	76.8	23	11.1	25	12.1
11) El SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen	192	92.8	12	5.8	3	1.4
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto	139	67.1	40	19.3	28	13.6

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 3

Conocimientos sobre formas de transmisión del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Cómo se transmite el VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada	181	87.4	14	6.8	12	5.8
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.	192	92.8	9	4.3	6	2.9
3) Se puede contagiar de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.	191	92.3	12	5.8	4	1.9
4) Se transmite por mala higiene personal	96	46.4	69	33.3	42	20.3
5) No uso de preservativos en una relación sexual	150	72.0	29	14.0	28	14.0
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.	158	76.3	24	11.6	25	12.1
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el período de lactancia materna	178	85.9	22	10.6	7	3.5
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales	17	8.2	171	82.6	19	9.2
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lagrimas	19	9.2	173	83.5	15	7.5
10) Se puede adquirir si alguien se sienta en la tasa de un inodoro o letrina que haya sido ocupado previamente por una persona enferma de VIH-SIDA	41	19.8	120	58.0	46	22.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 4

Conocimientos sobre el Diagnóstico del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Diagnóstico del VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Se hace por lo que la persona siente o manifiesta	82	39.6	106	51.2	19	9.2
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido	47	22.7	152	73.4	8	3.9
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo	168	81.2	16	7.7	23	11.1
4) Por el resultado de laboratorio	173	83.6	14	6.8	20	9.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre el tratamiento del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Tratamiento	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Usted mismo se daría tratamiento	64	30.9	105	50.7	38	18.4
2) Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares	39	18.8	112	54.1	56	27.1
3) Acudiría a un curandero	33	15.9	141	68.2	33	15.9
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico	199	96.0	4	2.0	4	2.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 6

Conocimientos sobre signos y síntomas del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Signos y Síntomas	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1)Fiebre	127	61.4	42	20.3	38	18.3
2)Picazón en la región genital	169	81.6	14	6.8	24	11.6
3) Pérdida de peso	160	77.3	40	19.3	7	3.4
4) Diarrea	135	65.2	45	21.7	27	13.1
5) Vómitos	107	51.6	50	24.2	50	24.2
6) Dolor de Cabeza	138	66.7	16	7.7	53	25.6
7) Escalofríos	98	47.3	30	14.5	79	38.2
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)	151	72.9	4	1.9	52	25.2
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas	135	65.2	67	32.4	5	2.4
10) úlceras o granos cerca de tus partes	88	42.5	48	23.2	71	34.3
11)Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle	70	33.8	40	19.3	97	46.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Conocimientos sobre medidas de prevención del sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Medidas para prevenir la Infección de VIH/SIDA	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) No teniendo relaciones sexuales	119	57.5	54	26.1	34	16.4
2)Teniendo una sola pareja	150	72.5	29	14.0	28	13.5
3) No usar drogas por las venas	121	58.5	75	36.2	11	5.3
4) Reducir el número de parejas sexuales	160	77.2	31	15.2	16	7.6
5) Usando condón	176	85.0	8	3.9	23	11.1
6) Practicando sexo oral	41	19.8	137	66.2	29	14.0
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja	111	53.6	57	27.5	39	18.9
8) Masturbándose	38	18.4	124	59.9	45	21.7
9) No usando baños públicos	82	39.6	121	58.5	4	1.9
10) No usar jeringas contaminadas	142	68.6	58	28.0	7	3.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Actitud ante el uso del condón en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Actitud ante el uso del condón	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El preservativo disminuye el placer sexual	86	41.5	75	36.2	46	22.3
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando	76	36.7	65	31.4	66	31.9
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón	97	46.9	49	23.6	61	29.5
4) Crees que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene	96	46.4	23	11.1	88	42.5
5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión	38	18.4	45	21.7	124	59.9
6) Solo los hombres deben portar preservativos	49	23.7	70	33.8	88	42.5
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales	152	73.4	15	7.2	40	19.4

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

I: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 9

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales	107	51.7	82	39.6	18	8.7
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.	11	5.3	24	11.6	172	83.1
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.	183	88.4	15	7.2	9	4.4
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.	149	71.9	46	22.2	12	5.8
5) Entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor	78	37.7	47	22.7	82	39.6
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero	127	61.4	45	21.6	35	17.0

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

I: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 10

Actitud ante las personas portadoras de sobre el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA	A		I		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA	39	18.8	7	3.4	161	77.8
2) Lo trataría como una persona normal	171	82.6	25	12.1	11	5.3
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen	32	15.5	89	43.0	86	41.5
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con él o ella pero lo besaría	12	5.8	173	83.6	22	10.6
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA	185	89.4	9	4.3	13	6.3

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

I: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 11A

Uso de Drogas en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del

1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	4	1.9	203	98.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 11B

Uso de Tatuajes en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del

1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Tienes tatuajes?	76	36.7	131	63.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 11C

Prácticas de Fidelidad en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Practicas la fidelidad?	64	30.9	143	69.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 11D

Prácticas de riesgo en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
¿Acostumbras a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?	46	22.2	161	77.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 A

Antecedentes de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

¿Has tenido relaciones sexuales?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	101	48.8	106	51.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 B

Edad de Inicio de Vida Sexual Activa en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 101

Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales	10-11 años		12-13 años		14-15 años		16-17 años		18-19 años	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	2	1.9	6	5.9	74	73.5	16	15.8	3	2.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 C

Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 101

Uso del condón en las relaciones sexuales	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
	16	15.8	12	11.9	73	72.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 D

Antecedentes de relaciones sexuales con otra persona además de su pareja en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 101

¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	69	68.3	32	31.7

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 E

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 101

¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	Una		Dos		Tres a mas	
	N°	%	N°	%	N°	%
	48	47.8	43	42.6	10	9.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 13

Medios masivos de información sobre VIH/SIDA que utilizan los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Fuentes de información (*)	N°	%
T.V.	203	98.1
Internet	193	93.2
Revistas y/o Brochures	173	83.6
Radio	205	99.0
Libros	131	63.3

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

CUADRO N° 14

Personas con quienes han hablado sobre VIH/SIDA los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Personas con quien has hablado de VIH/SIDA(*)	N°	%
Amigos	201	97.1
Novio (a)	188	90.8
Médicos	172	83.1
Maestros	151	72.9
Hermanos	127	61.4
Madre	122	58.9
Padre	87	42.0
Sacerdotes	33	15.9

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

CUADRO N° 15

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA(*)	N°	%
Calle	183	88.4
Escuela	169	81.6
Unidades de salud	139	67.1
Iglesias	113	54.6
Casa	85	41.1

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

CUADRO N° 16

Nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	152	73.4
Regular	42	20.3
Malo	13	6.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Nivel de actitud sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	165	79.6
Indeciso	9	4.4
Desfavorable	33	16.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18

Nivel de práctica sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	18	8.7
Regular	31	15.0
Mala	158	76.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 19

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Nivel de conocimiento	Nivel de Actitud					
	Favorable		Indeciso		Desfavorable	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	131	86.2	4	2.6	17	11.2
Regular	24	57.1	3	7.1	15	35.8
Malo	10	76.9	2	15.4	1	7.7

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 20

Nivel de conocimiento versus nivel de práctica en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

Nivel de conocimiento	Nivel de Práctica					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	13	8.6	20	13.2	119	78.2
Regular	2	4.8	8	19.0	32	76.2
Malo	3	23.1	3	23.1	7	53.8

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 21

Características Socio Demográficas versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

NIVEL DE CONOCIMIENTO						
Características Sociodemográficas	BUENO		REGULAR		MALO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
14-16 años	63	64.3	28	28.9	6	6.8
17-19 años	89	80.9	14	12.7	7	6.4
Sexo						
7Masculino	59	61.5	33	34.4	4	4.1
Femenino	93	83.8	9	8.1	9	8.1
Estado civil						
Soltero (a)	147	78.6	35	18.7	5	2.7
Acompañado (a)	2	33.3	2	33.3	2	33.4
Casado (a)	3	21.4	5	35.7	6	42.9
Religión						
Católica	124	81.0	22	14.4	7	4.6
Evangélica	26	53.1	19	38.8	4	8.1
Otras	2	40.0	1	20.0	2	40.0
Escolaridad						
4° año	65	64.4	26	25.7	10	9.9
5° año	87	82.1	16	15.1	3	2.8
Procedencia						
Urbano	131	86.2	14	9.2	7	4.6
Rural	21	38.2	28	50.9	6	10.9

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 22

Características Socio Demográficas versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

n= 207

NIVEL DE ACTITUD						
Características Sociodemográficas	FAVORABLE		INDECISO		DESFAVORABLE	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
14-16 años	74	76.3	3	3.1	20	20.6
17-19 años	91	82.7	6	5.5	13	11.8
Sexo						
Masculino	71	73.9	6	6.3	19	19.8
Femenino	94	84.7	3	2.7	14	12.6
Estado civil						
Soltero (a)	157	83.9	6	3.2	24	12.9
Acompañado (a)	2	33.3	2	33.3	2	33.4
Casado (a)	6	42.9	1	7.1	7	50.0
Religión						
Católica	137	89.5	3	1.9	13	8.6
Evangélica	26	53.1	5	10.2	18	36.7
Otras	2	40.0	1	20.0	2	40.0
Escolaridad						
4° año	77	76.2	3	3.0	21	20.8
5° año	88	83.0	6	5.7	12	11.3
Procedencia						
Urbano	123	80.9	5	3.3	24	15.8
Rural	42	76.4	4	7.3	9	16.3

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 23.

Características Socio Demográficas versus nivel de Práctica en los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.

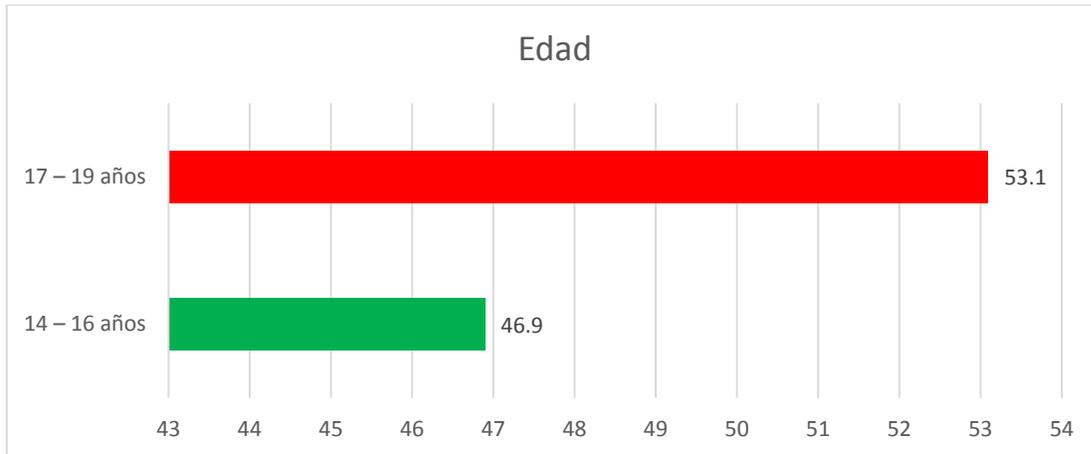
n= 207

Características Sociodemográficas	NIVEL DE PRÁCTICA					
	BUENA		REGULAR		MALA	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
14-16 años	11	11.3	19	19.6	67	69.1
17-19 años	7	6.4	12	10.9	91	82.7
Sexo						
Masculino	13	13.5	11	11.5	72	75.0
Femenino	5	4.5	20	18.0	86	77.5
Estado civil						
Soltero (a)	10	5.3	23	12.3	154	82.4
Acompañado (a)	2	33.3	3	50.0	1	16.7
Casado (a)	6	42.9	5	35.7	3	21.4
Religión						
Católica	8	5.2	10	6.5	135	88.3
Evangélica	9	18.4	19	38.8	21	42.8
Otras	1	20.0	2	40.0	2	40.0
Escolaridad						
4° año	14	13.9	23	22.8	64	63.3
5° año	4	3.8	8	7.5	94	88.7
Procedencia						
Urbano	10	6.6	15	9.9	127	83.5
Rural	8	14.5	16	29.1	31	56.4

Fuente: Encuesta

Gráfico N° 1

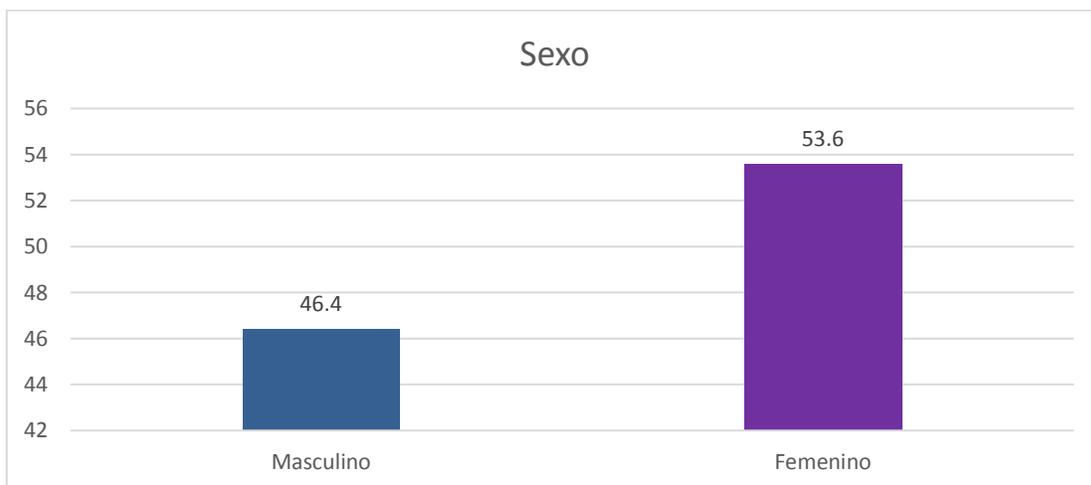
Edad de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 2

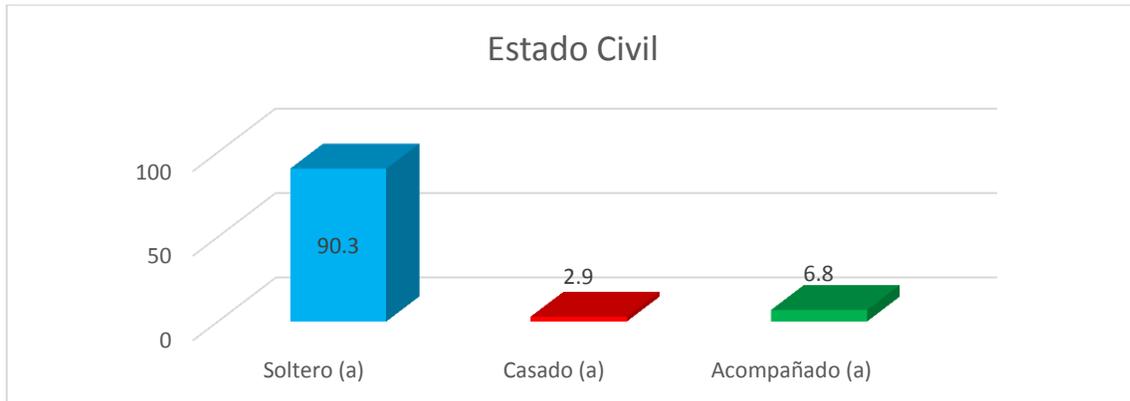
Sexo de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 3

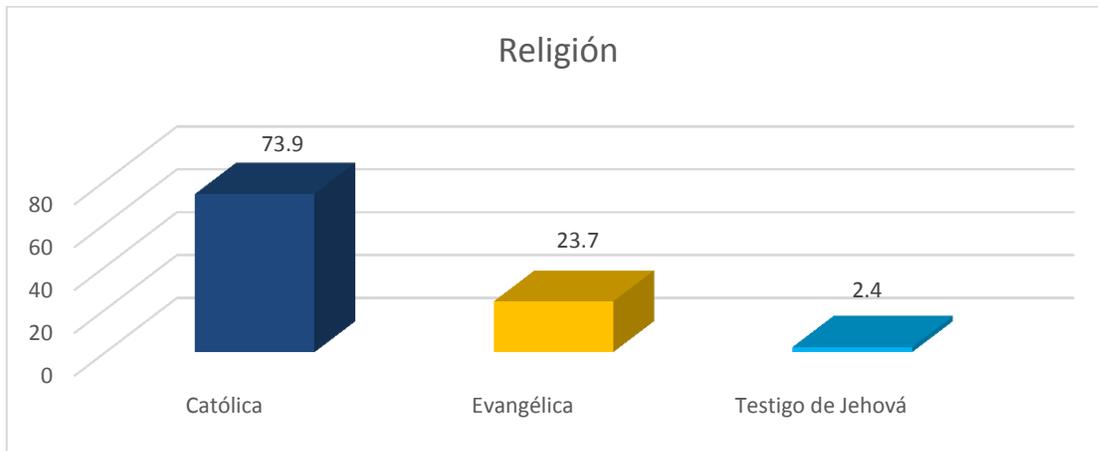
Estado Civil de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 4

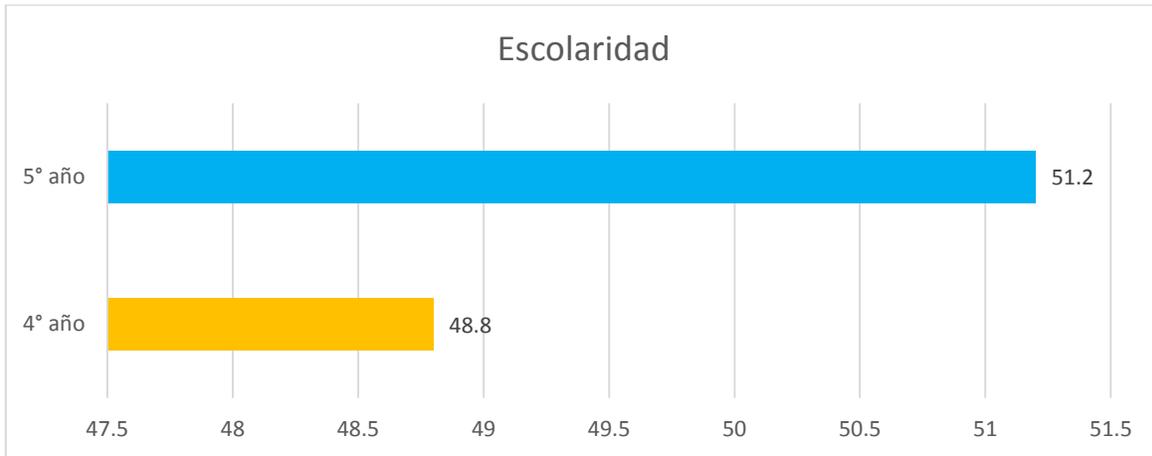
Religión de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 5

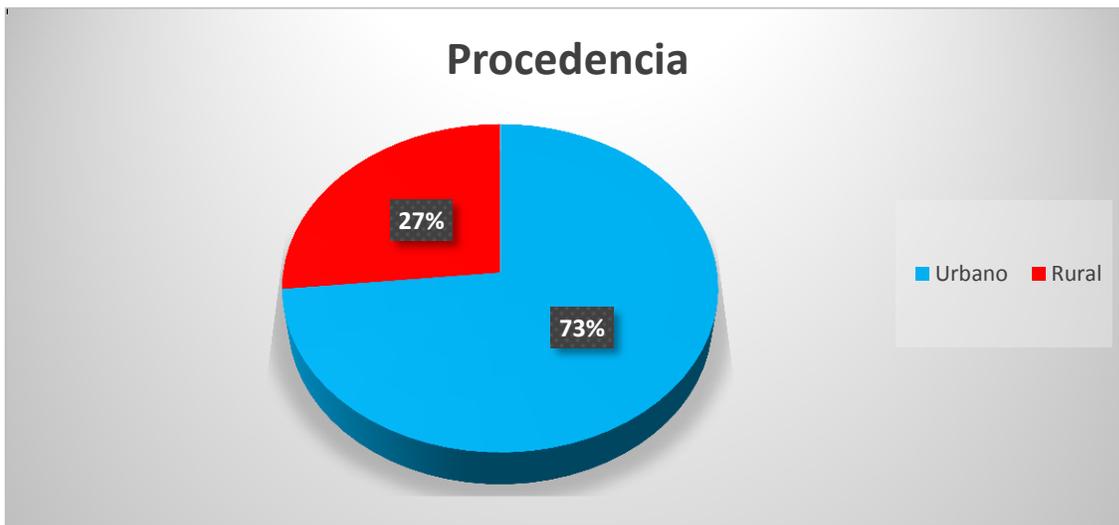
Nivel de Escolaridad de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 6

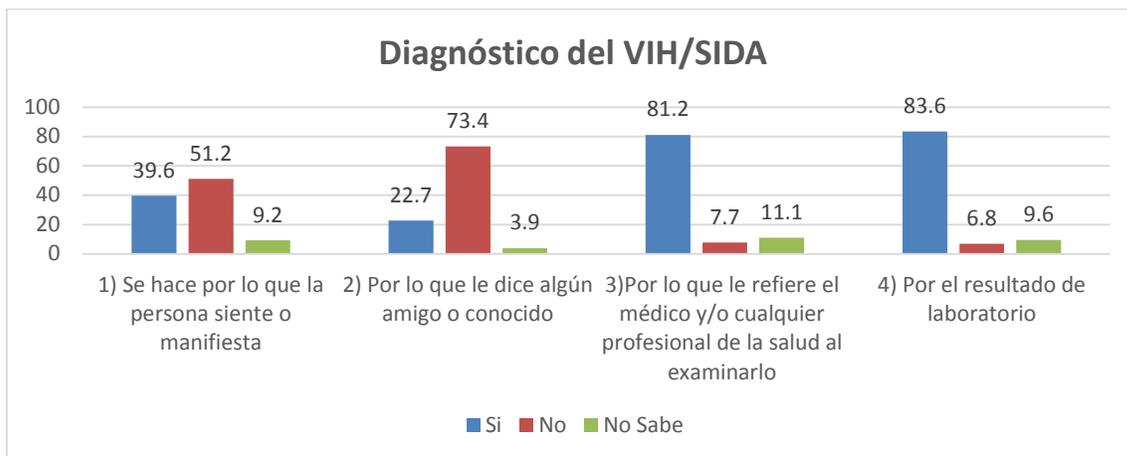
Procedencia de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 1

Gráfico N° 7

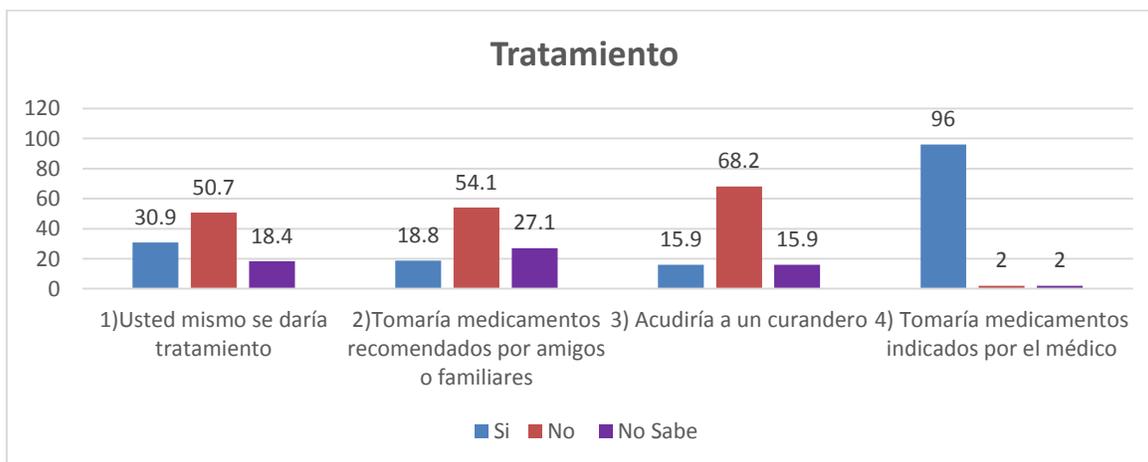
Conocimiento sobre los Métodos de Diagnóstico del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 4

Gráfico N° 8

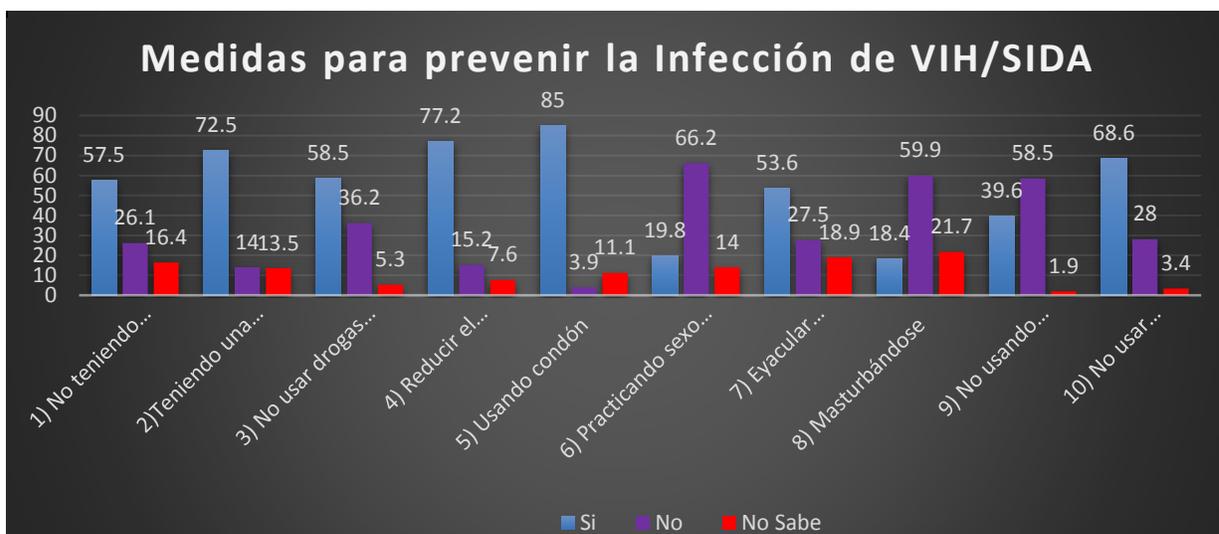
Conocimiento hacia los tipos de Tratamiento del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 5

Gráfico N° 9

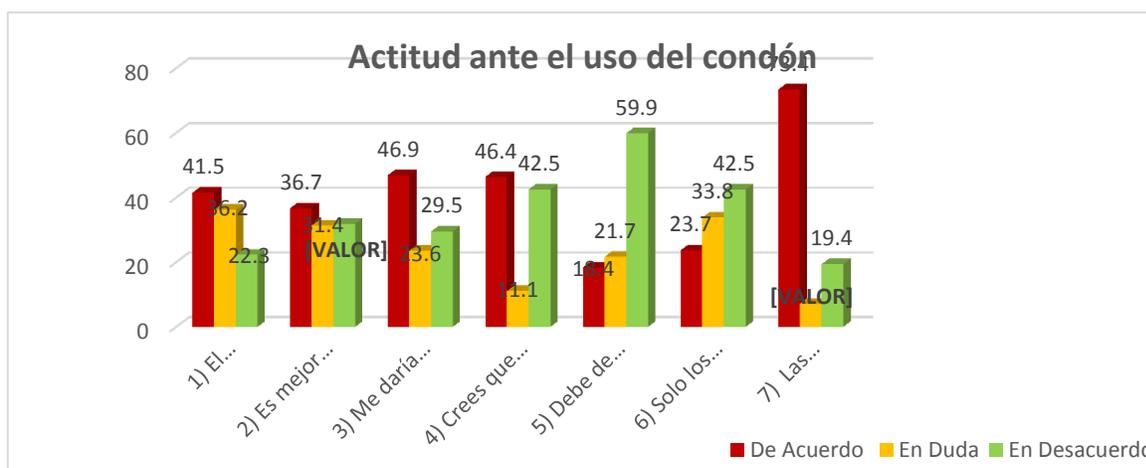
Conocimientos sobre las Medidas Preventivas hacia el VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 7

Gráfico N° 10

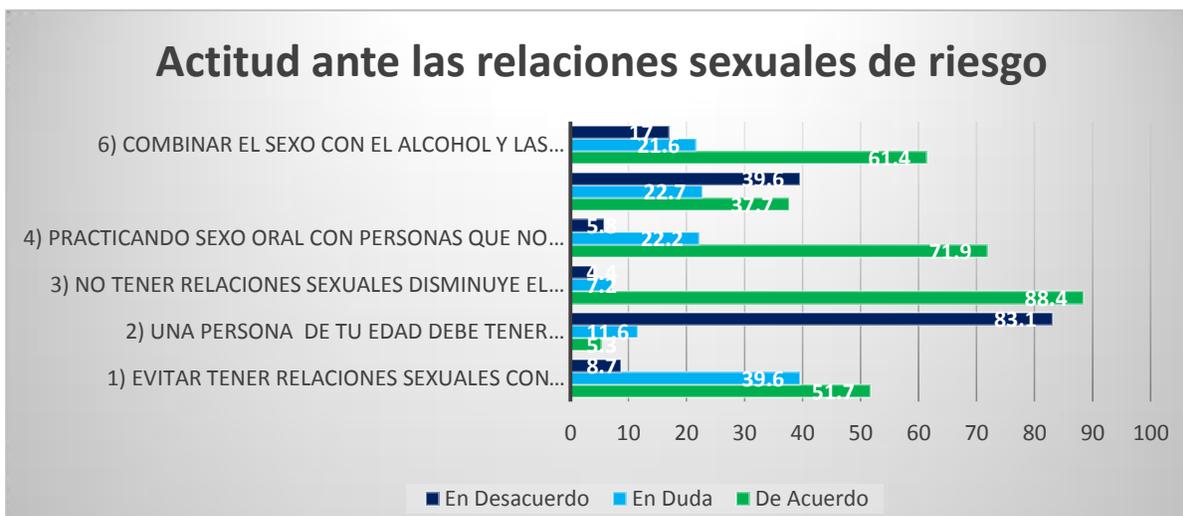
Actitudes hacia el uso del condón en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 8

Gráfico N° 11

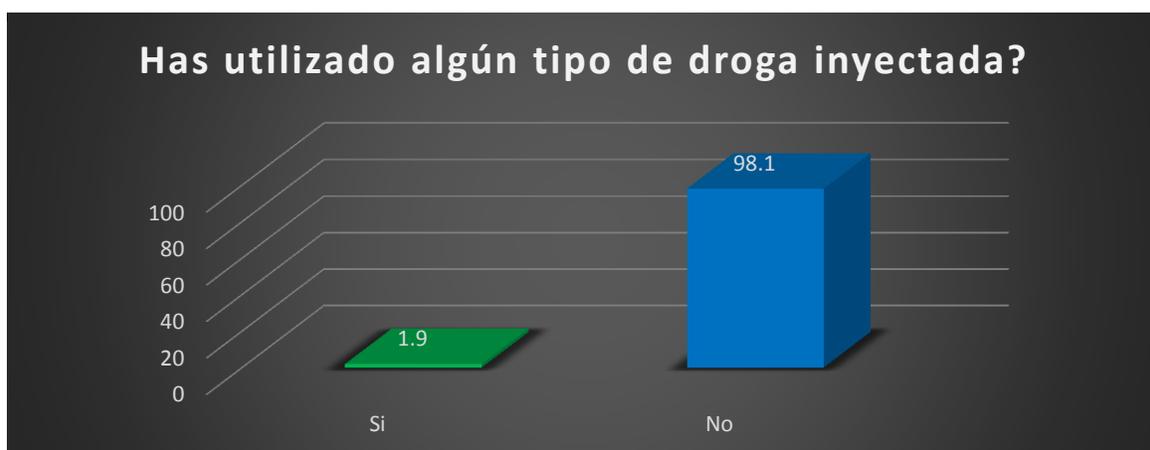
Actitudes ante las relaciones sexuales de riesgo en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016.



Fuente: Cuadro N° 9

Gráfico N° 12

Uso de Drogas Inyectadas por parte de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 11 A

Gráfico N° 13

Uso de Tatuajes por parte de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 11 B

Gráfico N° 14

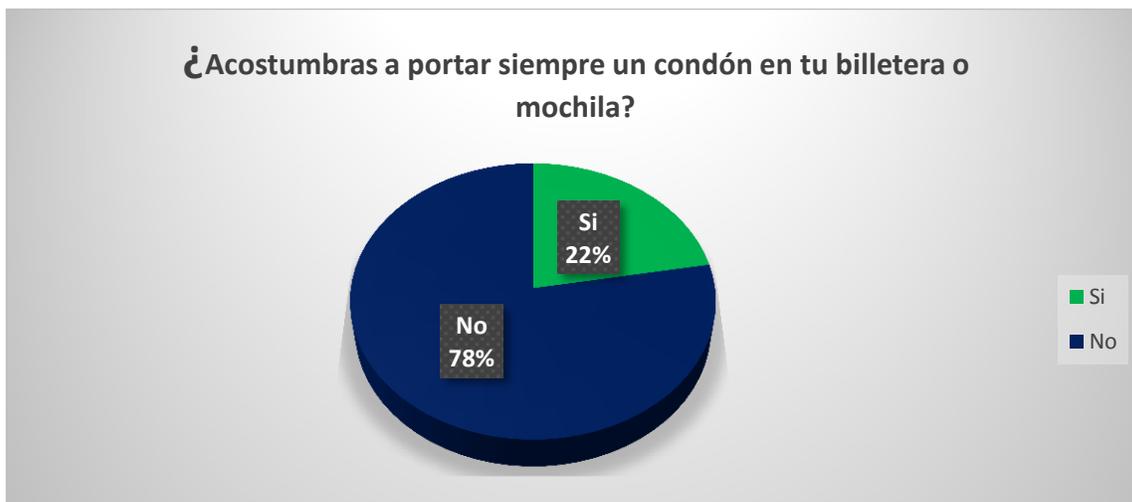
Práctica de la Fidelidad dentro de la pareja del Adolescente, en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 11 C

Gráfico N° 15

Hábito de portar siempre un condón en tu billetera o mochila en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 11 D

Gráfico N° 16

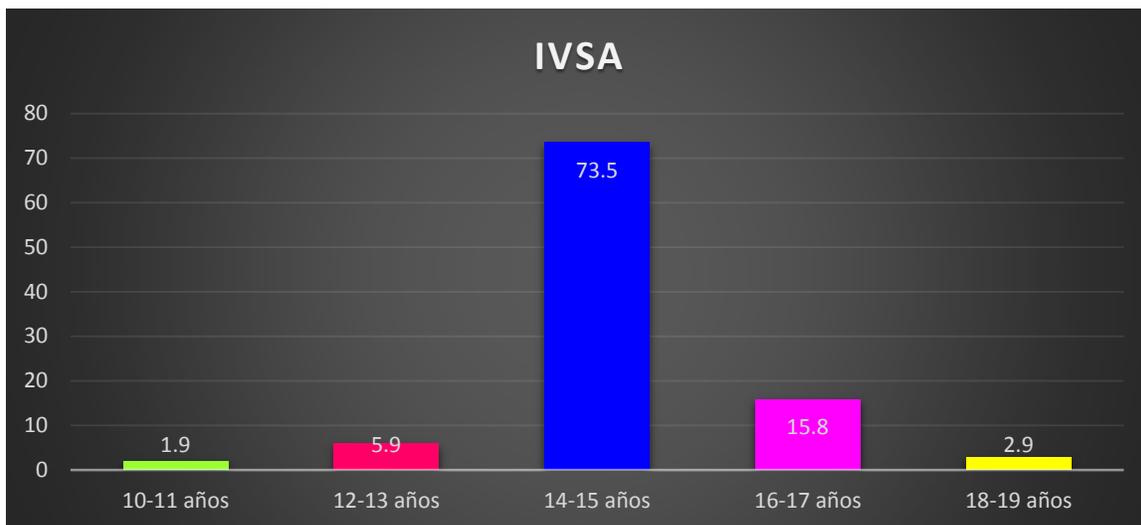
Antecedentes de Inicio de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 12 A

Gráfico N° 17

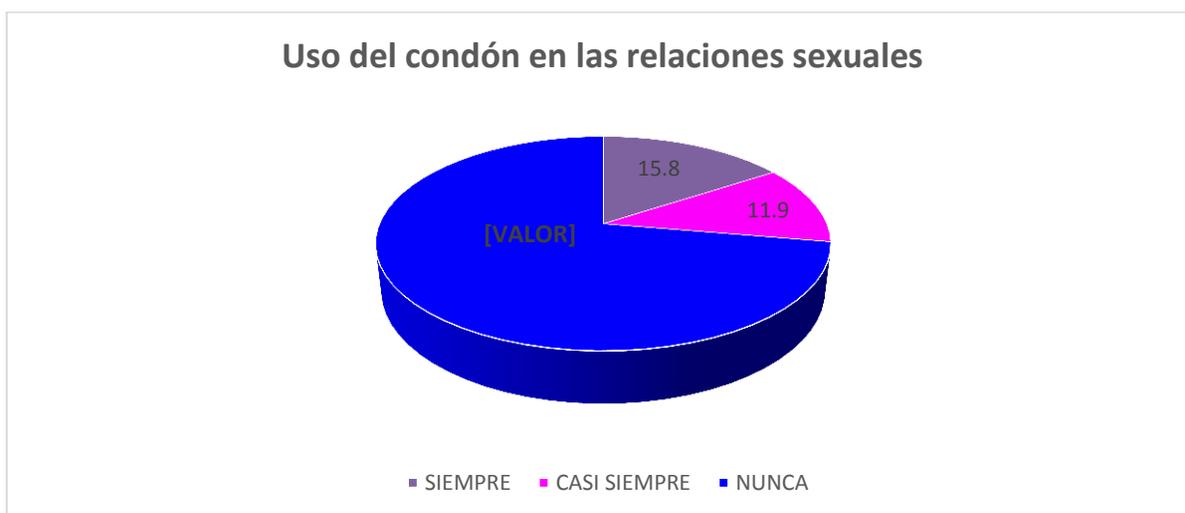
Edad de Inicio de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 12 B

Gráfico N° 18

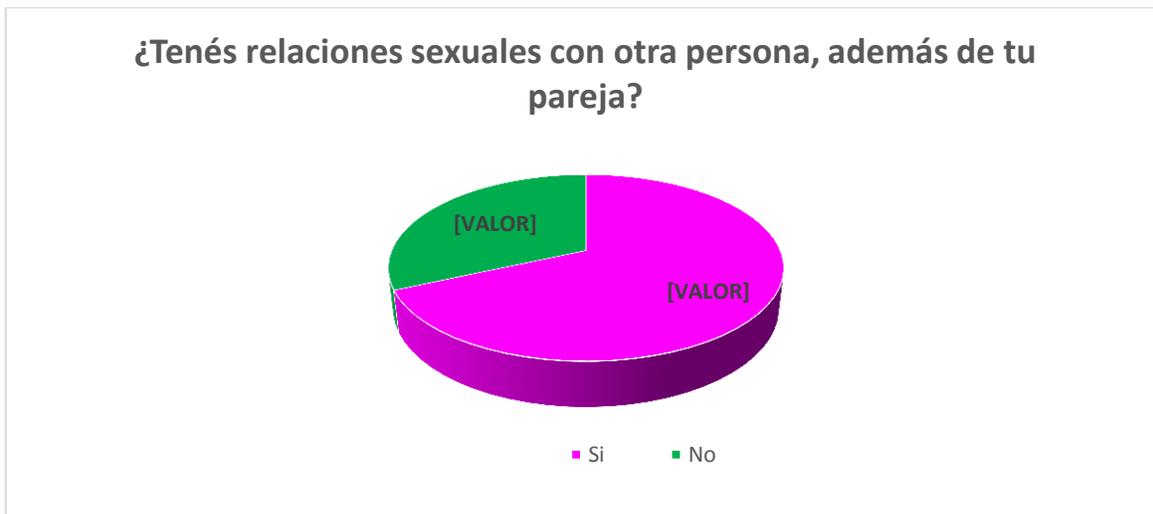
Uso del condón en las relaciones sexuales de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 12 C

Gráfico N° 19

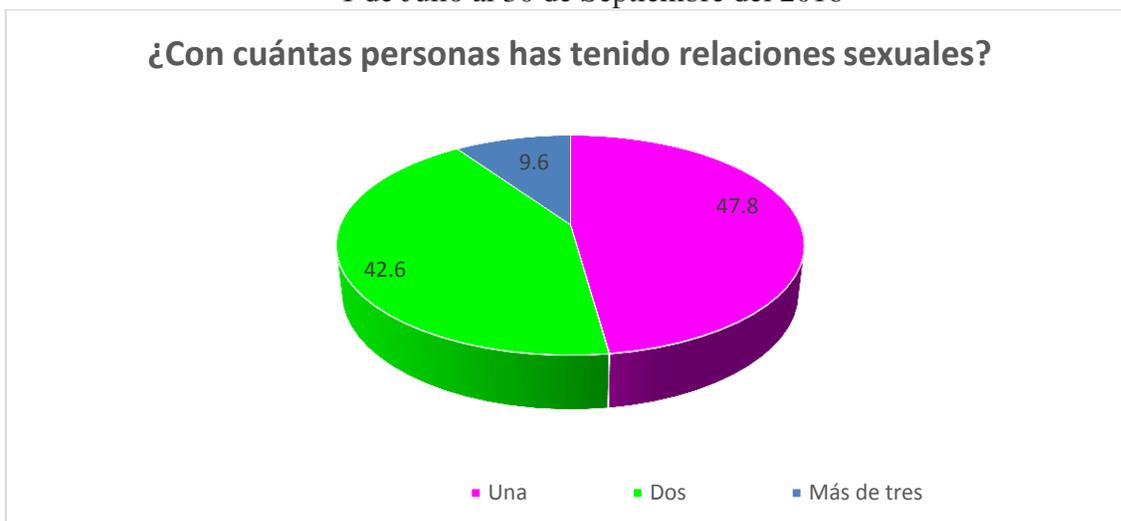
Práctica de Relaciones Sexuales con otra persona además de la pareja en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro 12 D

Gráfico N° 20

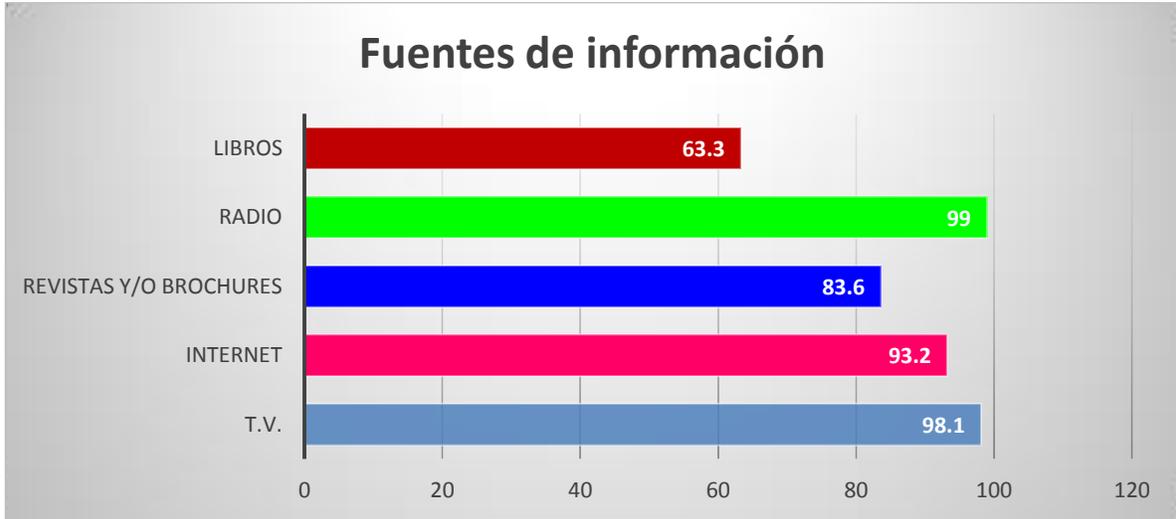
Número Personas con las que has tenido relaciones sexuales además de la pareja en los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 12 E

Gráfico N° 21

Principales Fuentes de Información acerca de VIH/SIDA utilizado por los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 13

Gráfico N° 22

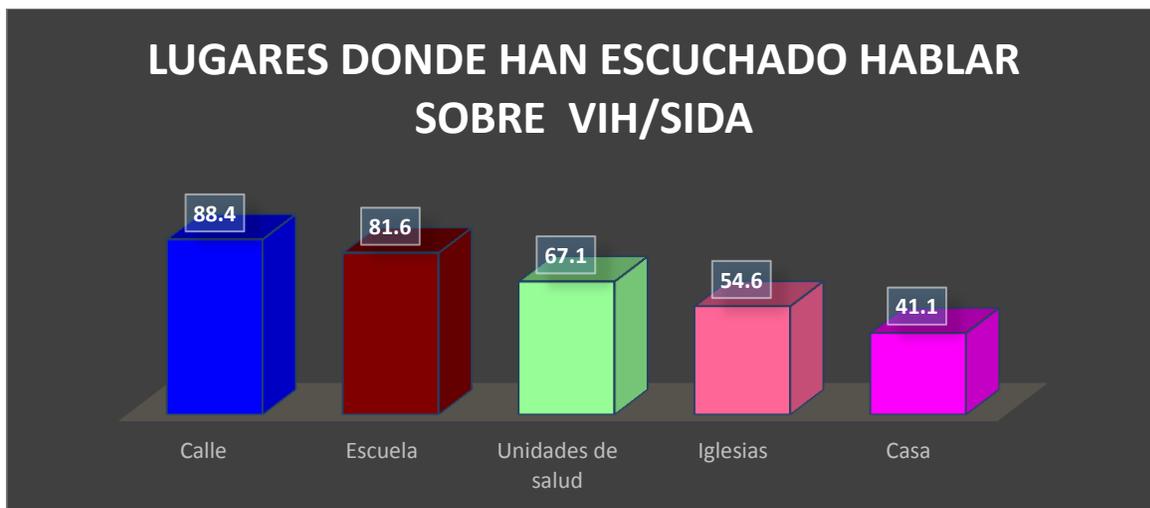
Personas con las que han hablado de VIH/SIDA los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 14

Gráfico N° 23

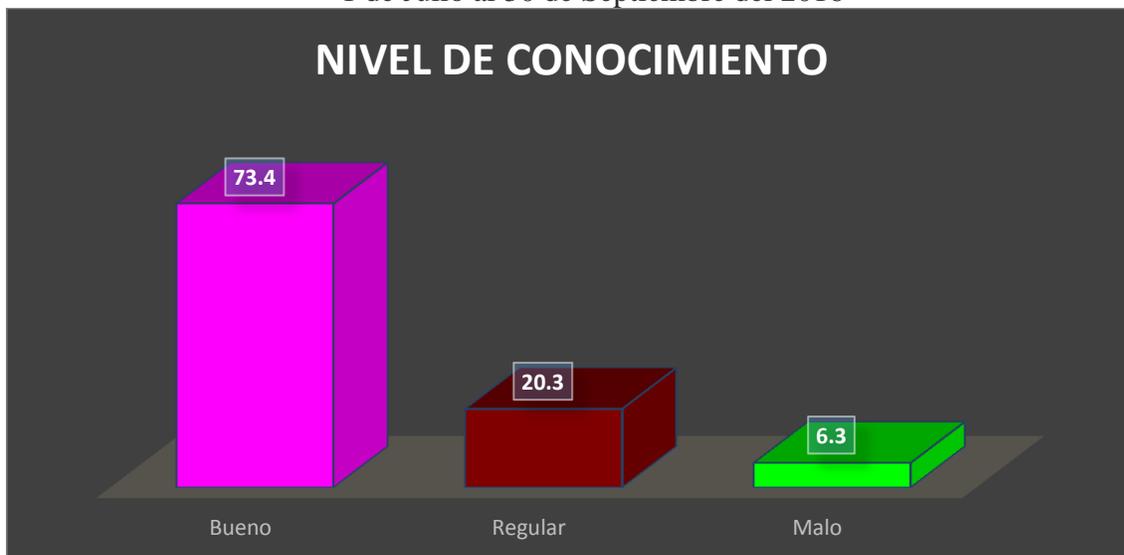
Lugares donde han escuchado hablar de VIH/SIDA los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 15

Gráfico N° 24

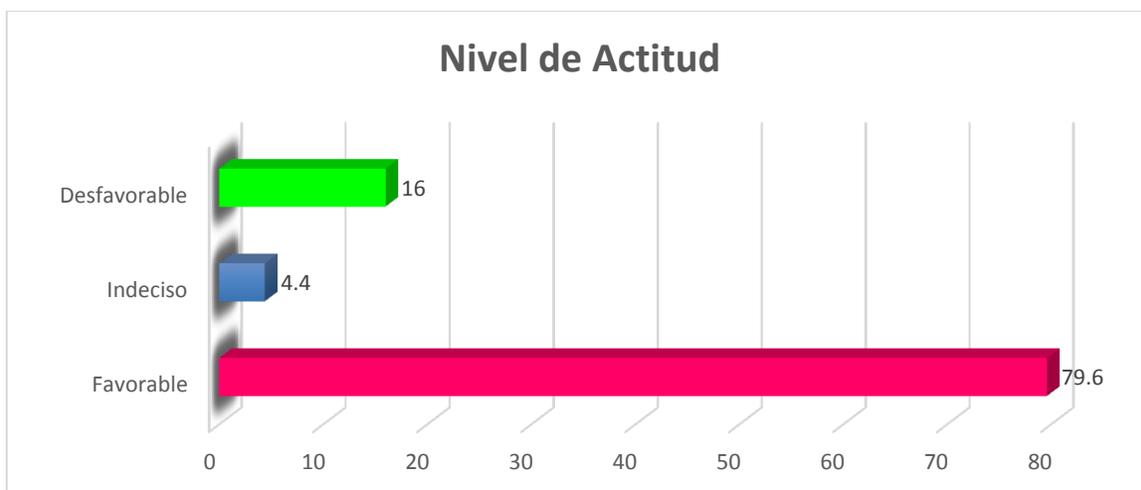
Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 16

Gráfico N° 25

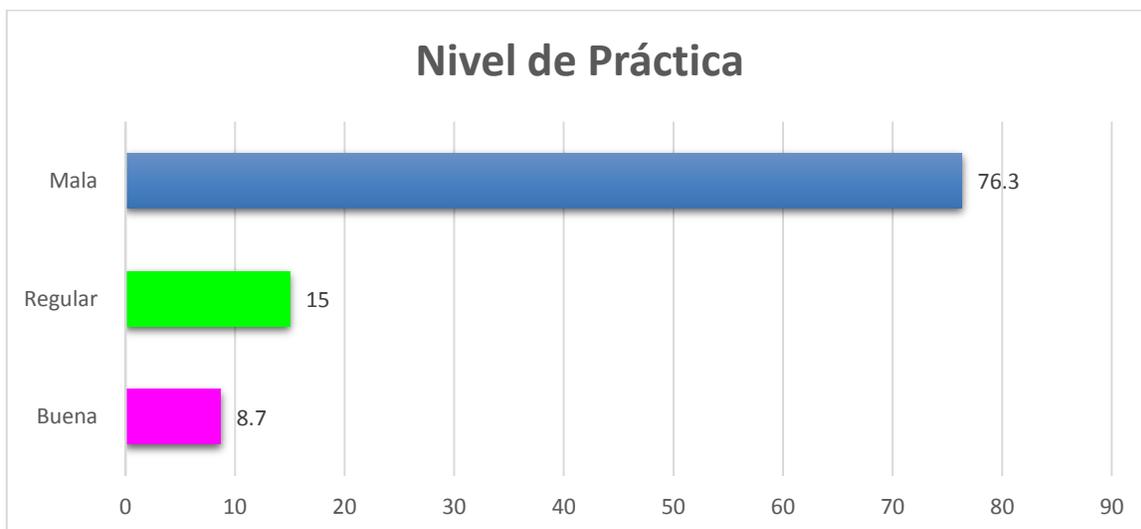
Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 17

Gráfico N° 26

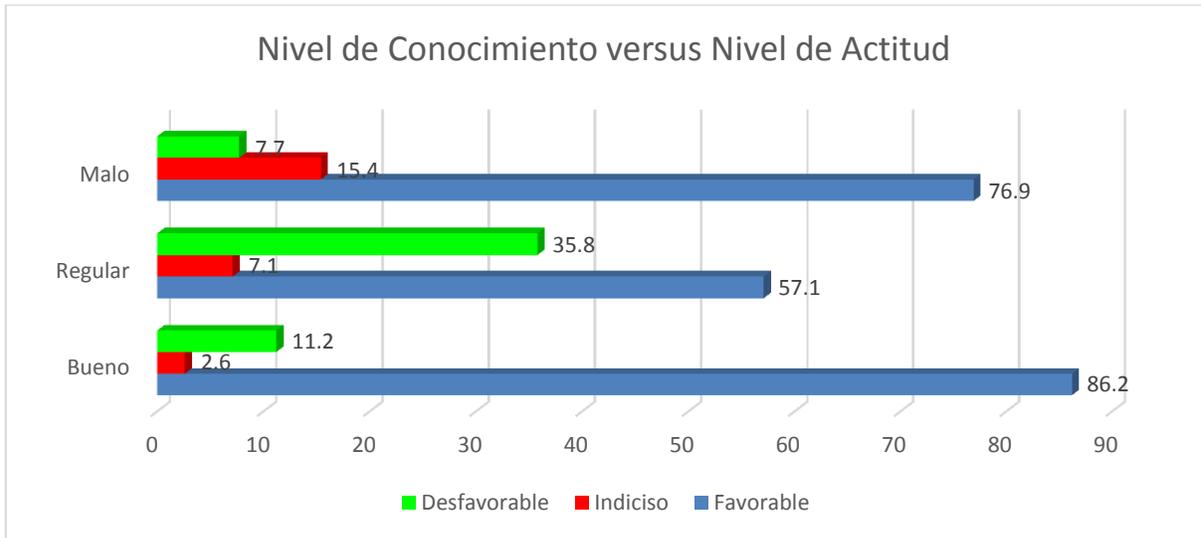
Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 18

Gráfico N° 27

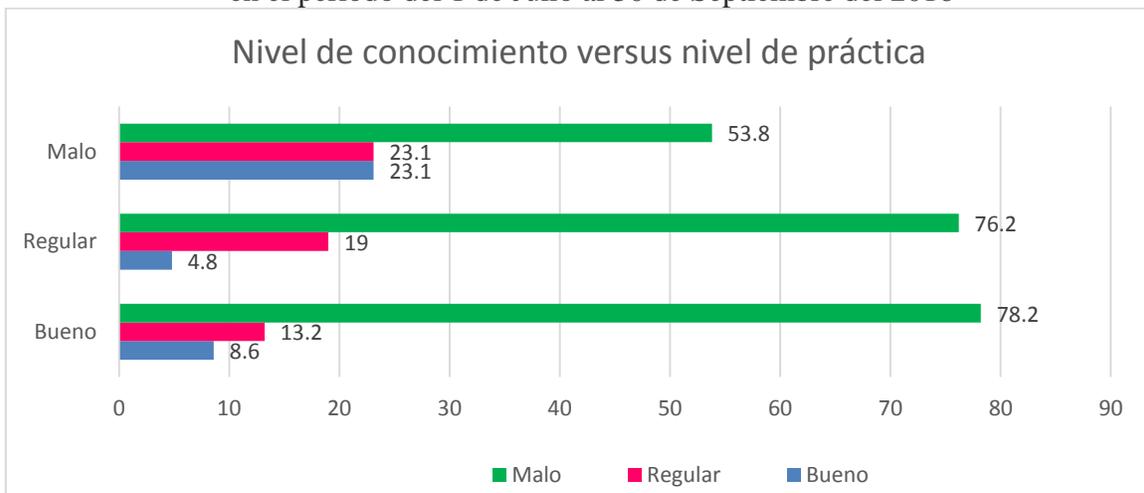
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 19

Gráfico N° 28

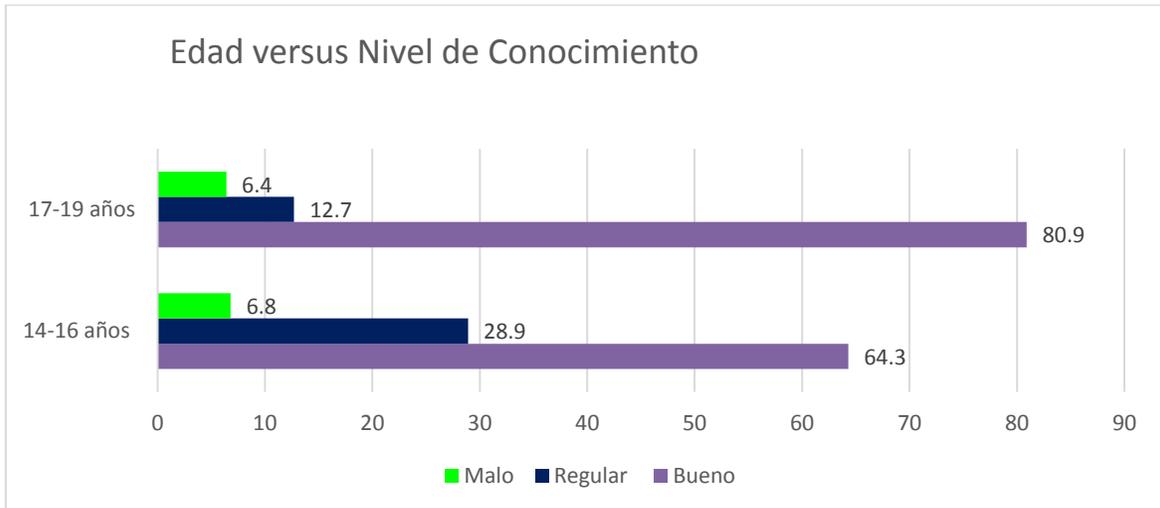
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 20

Gráfico N° 29

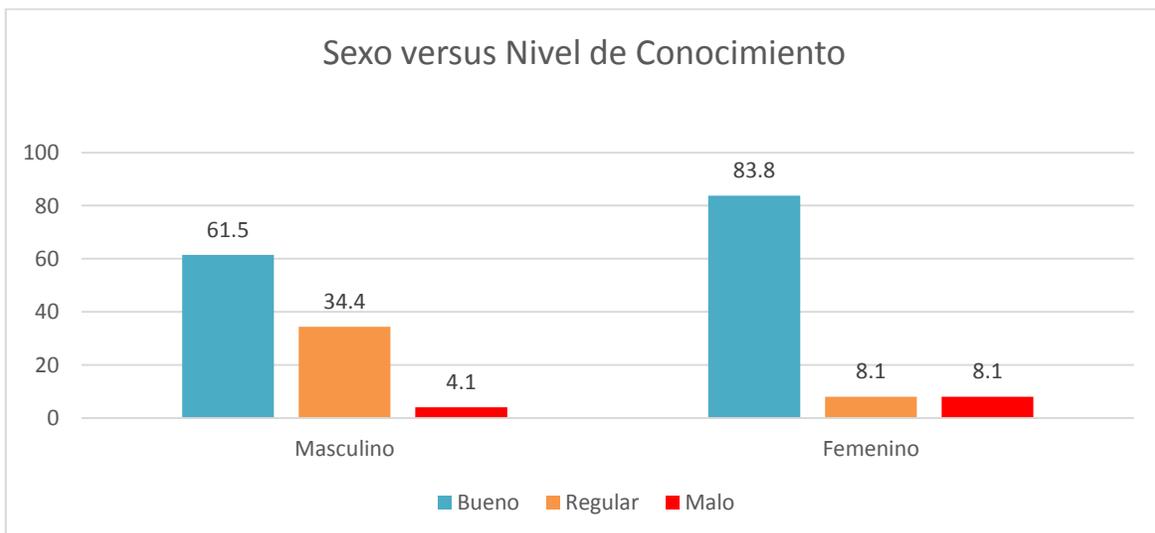
Edad vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 30

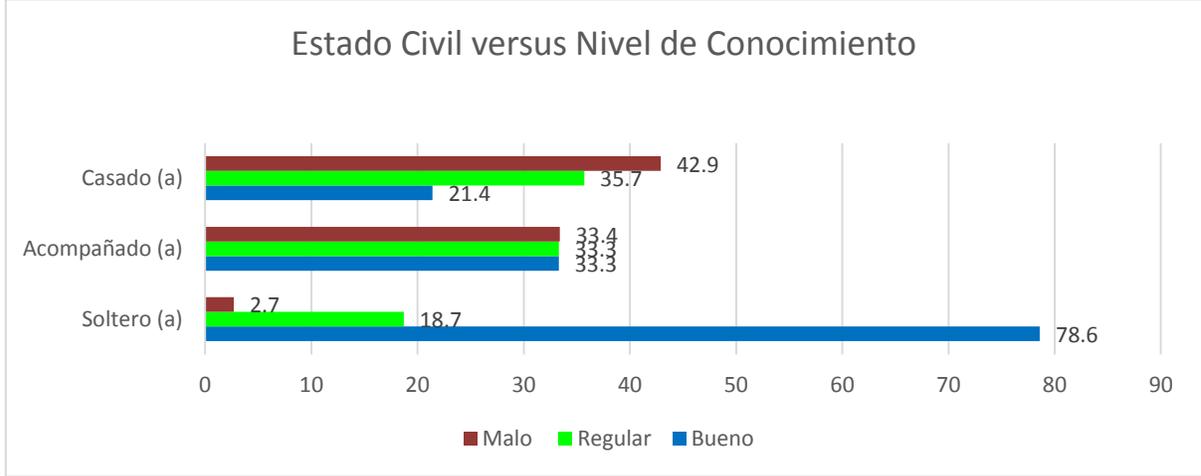
Sexo vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 31

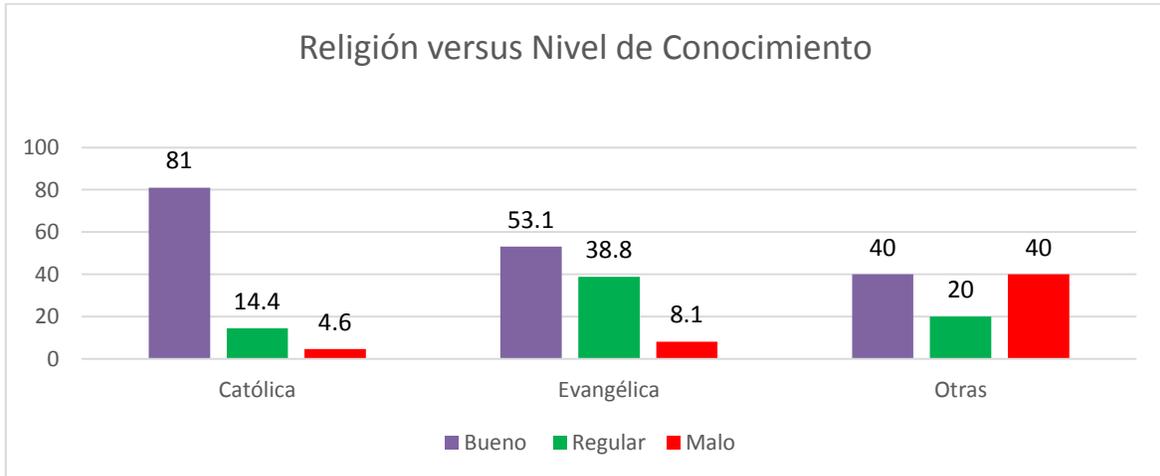
Estado Civil vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 32

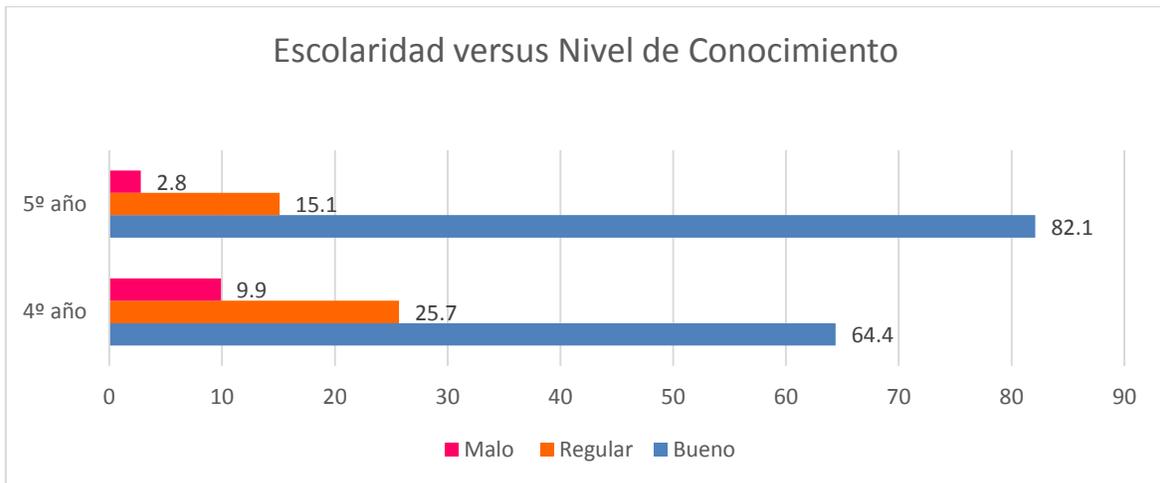
Religión vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 33

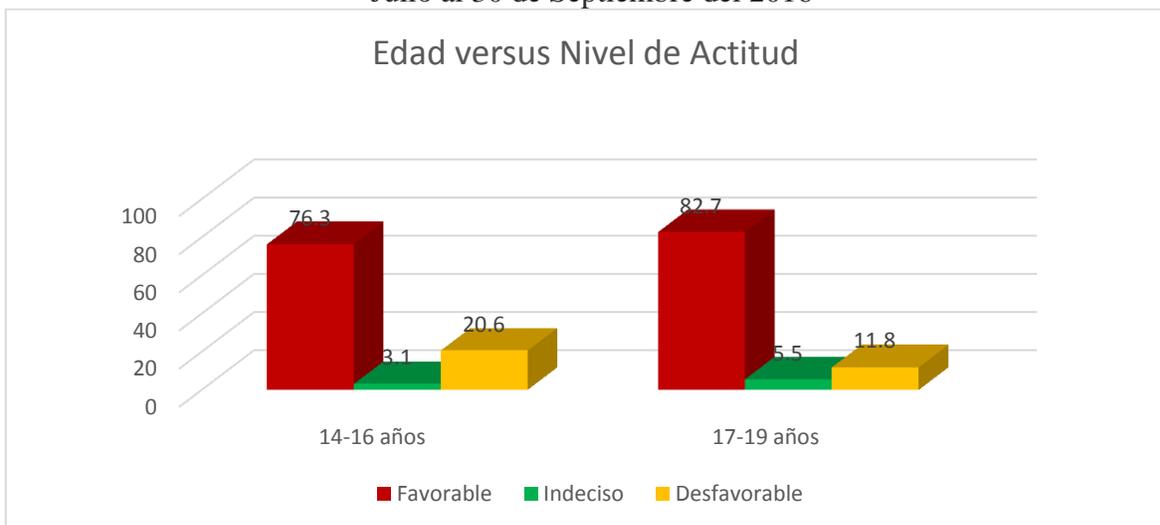
Escolaridad vs. Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 21

Gráfico N° 34

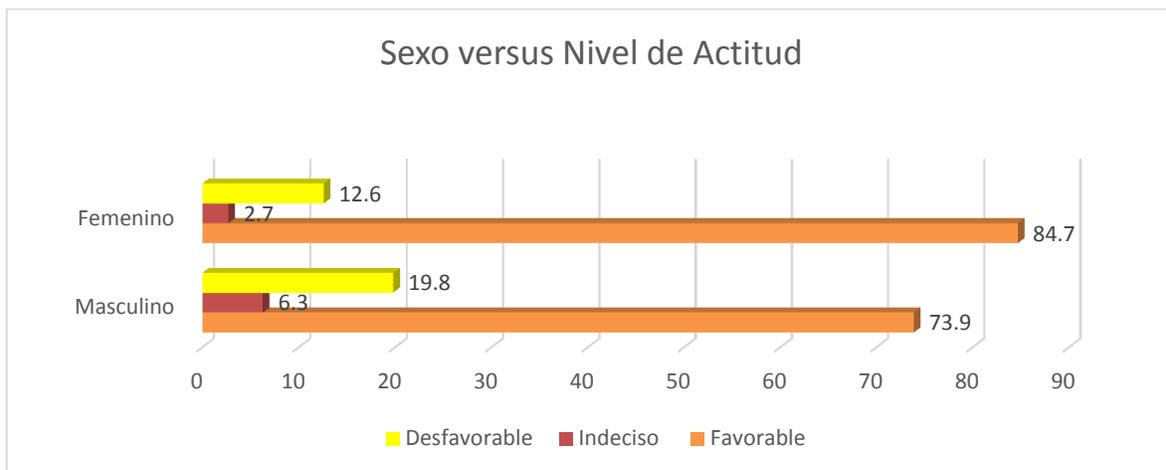
Edad vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 35

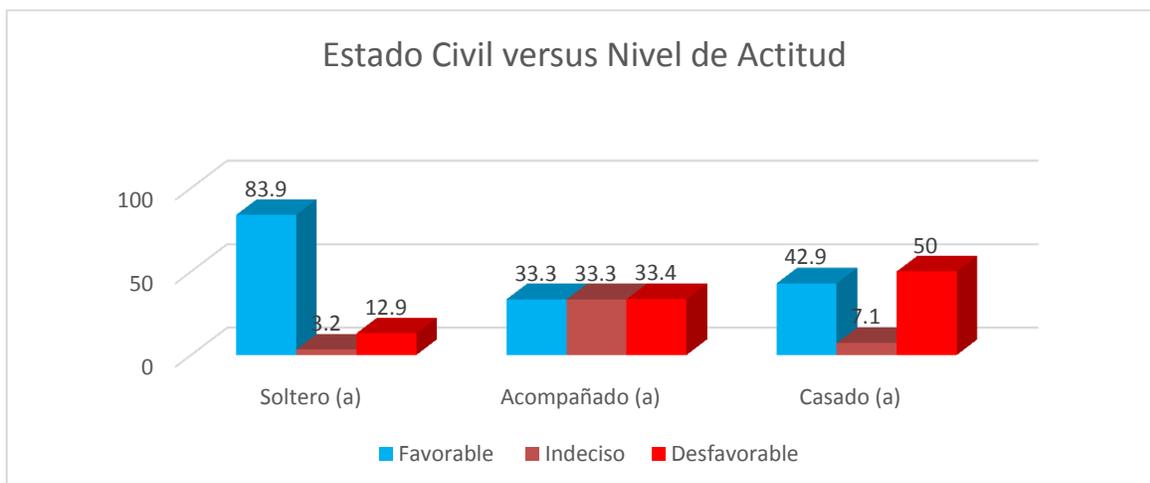
Sexo vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 36

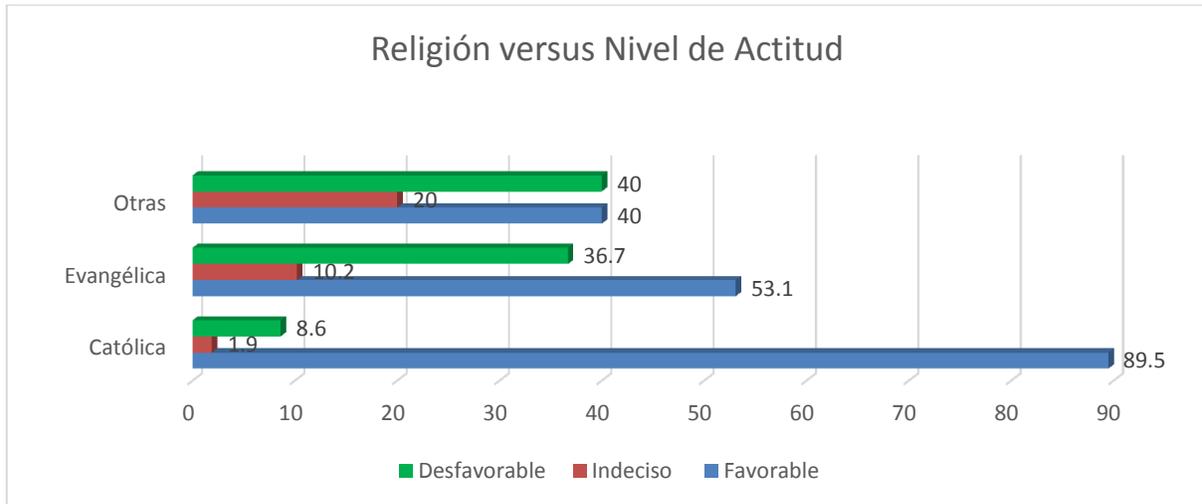
Estado Civil vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 37

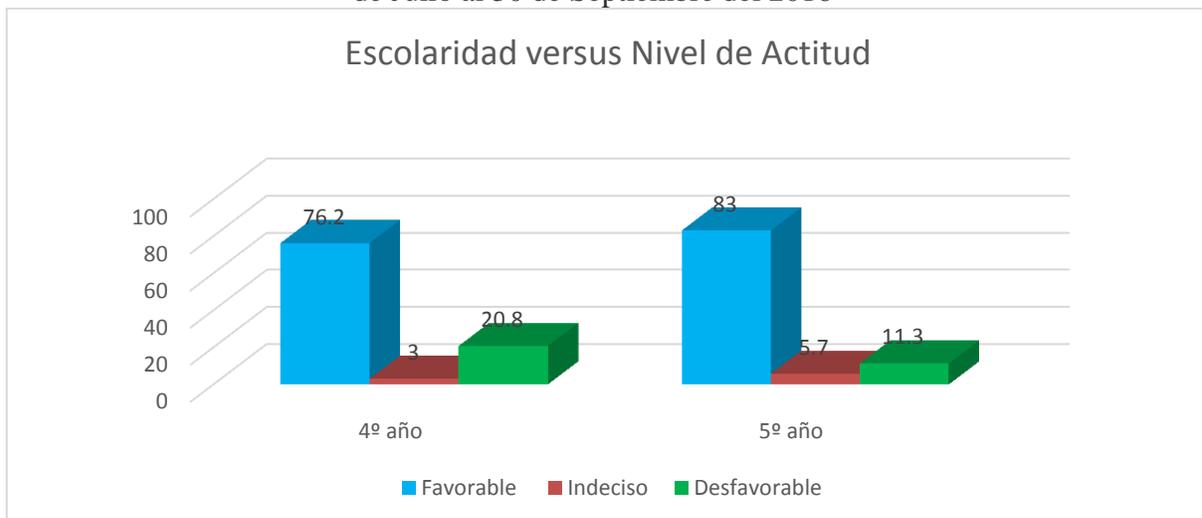
Religión vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 38

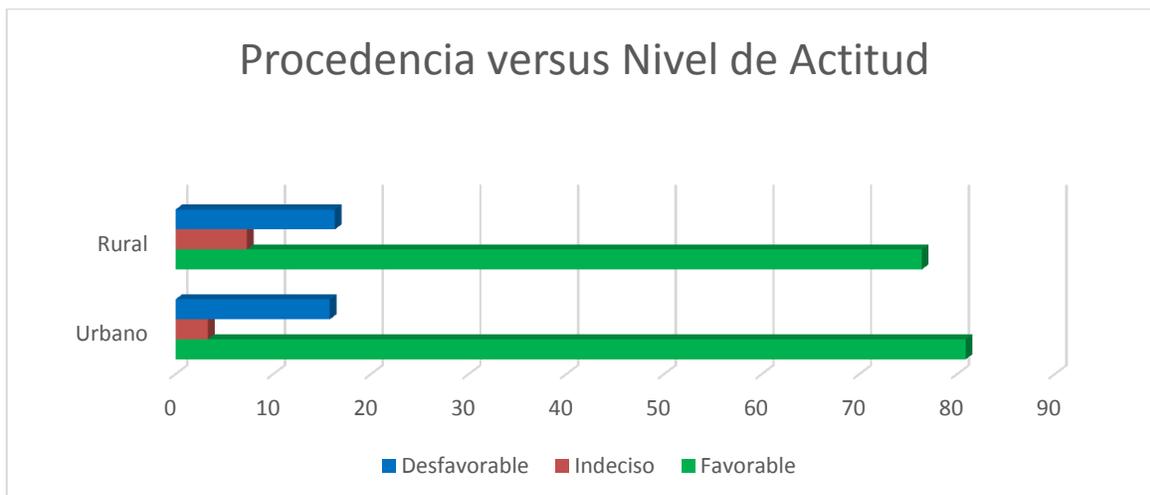
Escolaridad vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 39

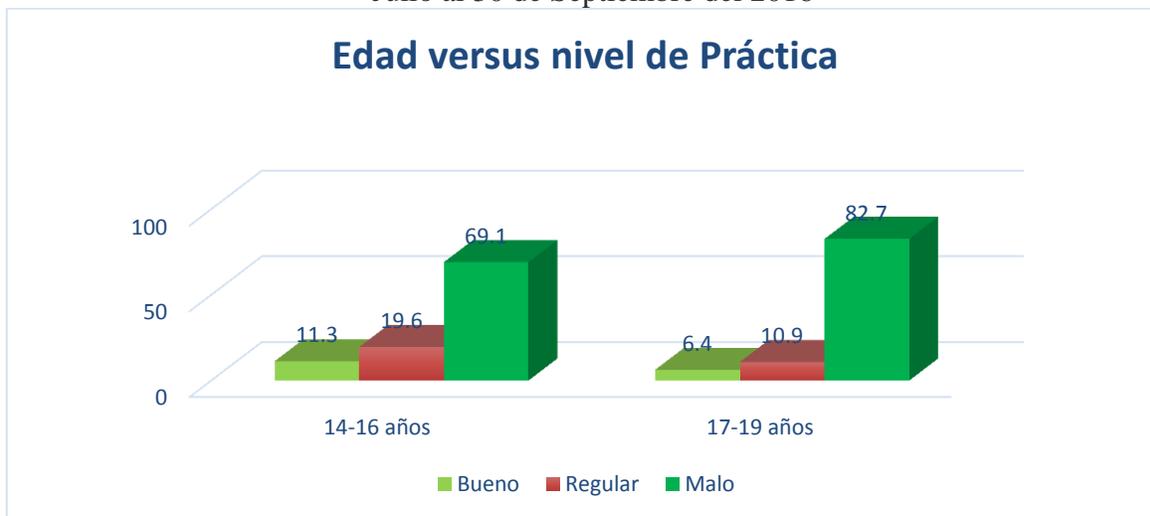
Procedencia vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 22

Gráfico N° 40

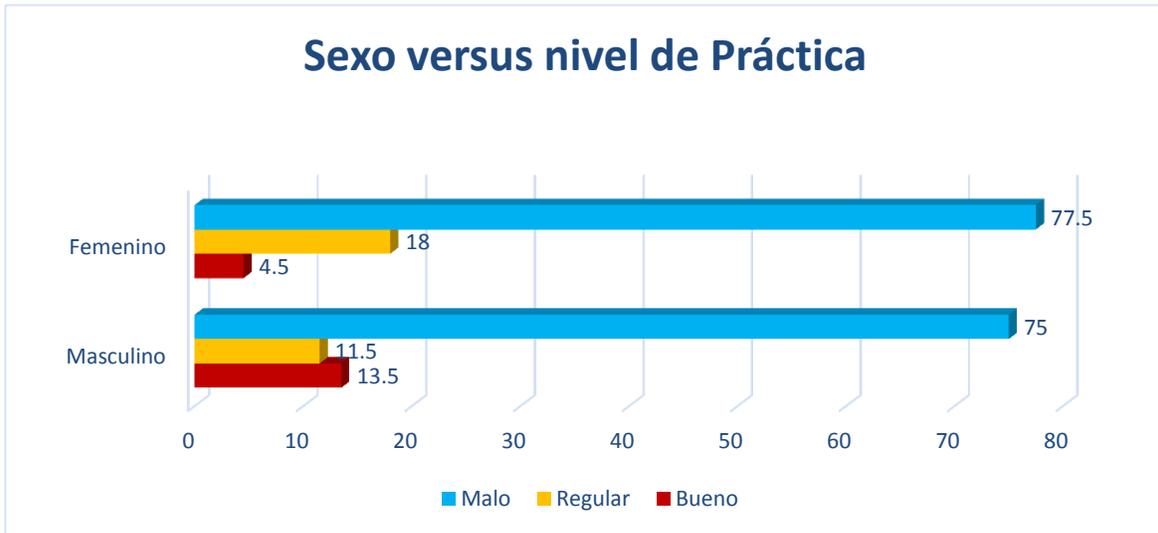
Edad vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 41

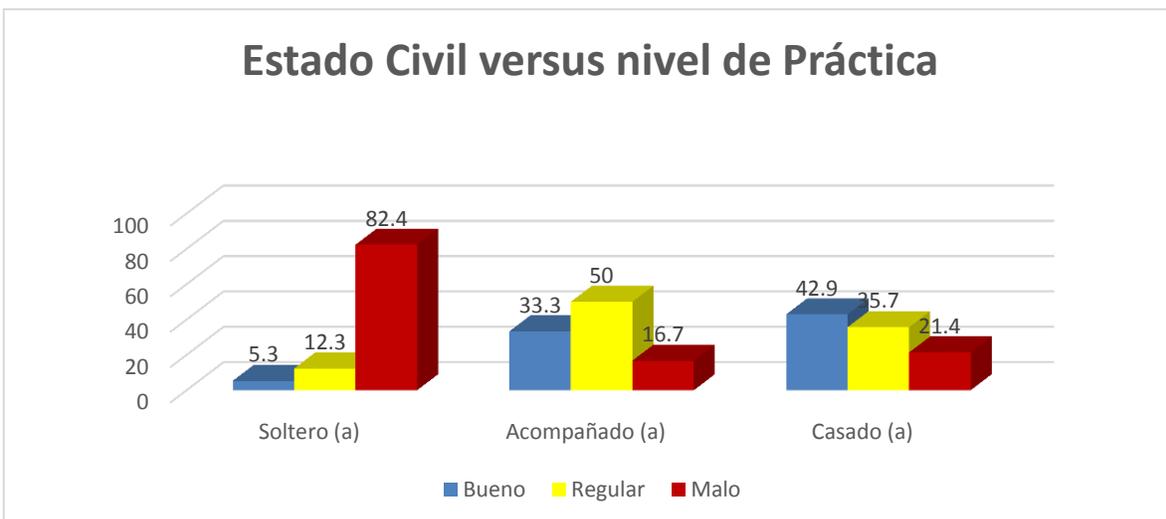
Sexo vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 42

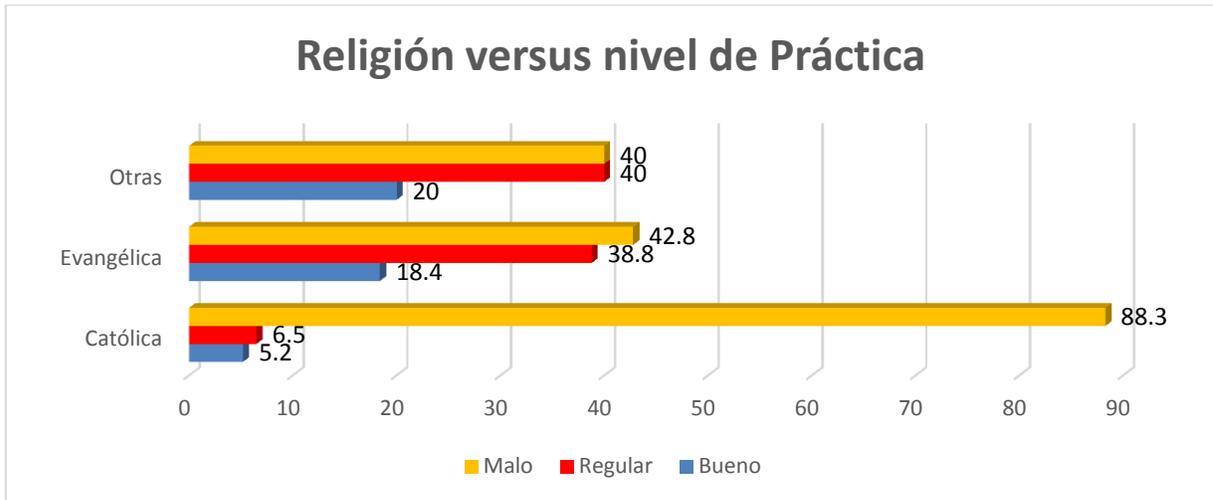
Estado Civil vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotál, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 43

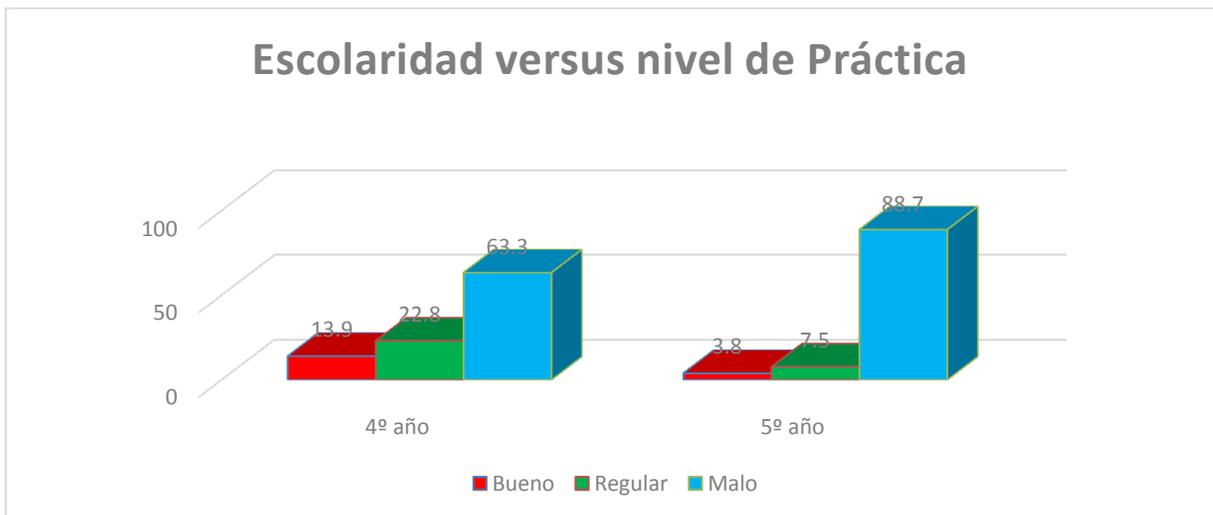
Religión vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 44

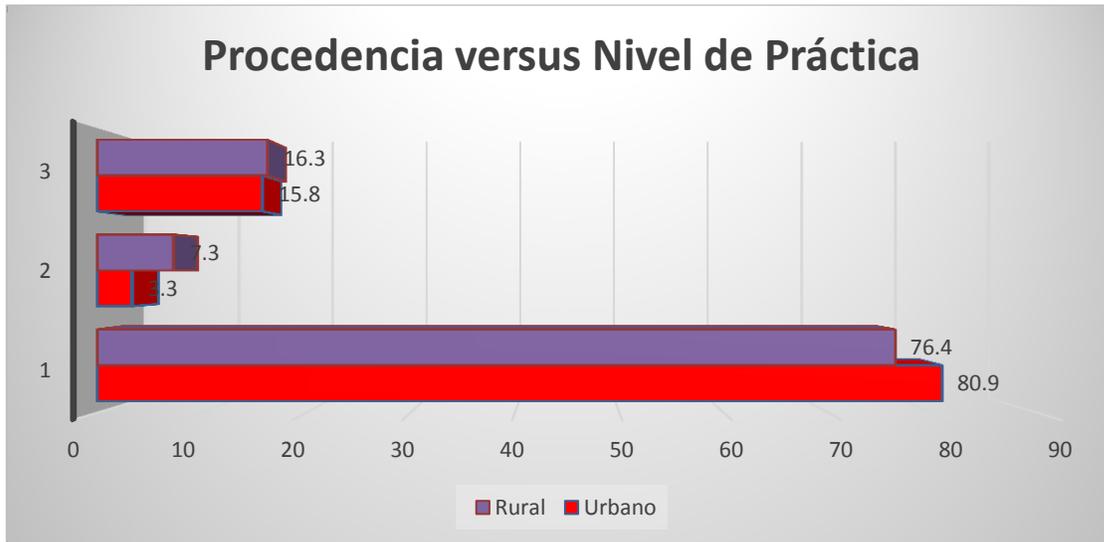
Escolaridad vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotal, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N° 23

Gráfico N° 45

Procedencia vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° Y 5° año del Instituto Nacional de Segovia, del municipio de Ocotol, Departamento de Nueva Segovia, en el periodo del 1 de Julio al 30 de Septiembre del 2016



Fuente: Cuadro N ° 23