



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Tesis Monográfica para optar al Título de Doctores en Medicina y Cirugía

INFORME FINAL

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018

Autores:

Br. Leslie Dayanara Morales Lira
Br. Carlos Samuel Morales Vanegas

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

Índice

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Opinión del tutor	
Resumen	
I. Introducción	1
II.- Antecedentes	3
2.1 Internacionales	3
2.2 Nacionales	6
III.- Justificación de la Investigación	8
3.1 Originalidad:	8
3.2 Conveniencia Institucional:	8
3.3 Relevancia Social:	9
3.4 Valor Teórico:.....	9
3.5 Relevancia Metodológica:	9
3.6 Importancia e implicaciones prácticas económicas, sociales:	10
IV.- Planteamiento del problema	11
4.1 Caracterización	11
4.2 Delimitación	11
4.3	4.3
4.4 Preguntas de Sistematización	12
4.5 Formulación	12
V.- Objetivos	14
5.1 General:	14
5.2 Específicos:	14
VI.- Marco Teórico	15
6.1 Adolescencia	15
6.2 VIH	15

6.3 Etiopatogenia:	15
6.4 Epidemiología	17
6.5 Diagnóstico:	17
6.6 Adolescencia y VIH.....	19
6.7 Salud sexual y reproductiva para jóvenes: Revisión de evidencias para la prevención	20

1

6.8 Ley N° 820 “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención.”	22
VII.- Material y Método	23
7.1 Tipo de Estudio	23
7.2 Área de estudio	23
7.3 Universo	23
7.4 Muestra	23
7.5 Tipo de muestreo	23
7.6 Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra	24
7.7 Criterios de inclusión:	24
7.8 Criterios de exclusión:	24
7.9 Unidad de Análisis	25
7.10 Técnicas y procedimientos de recolección de la información	25
7.11 Procesamiento y análisis de la información	27
7.12 Plan de análisis	27
7.13 Variables	28
7.14 Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)	29
7.15 Aspectos Éticos	34

7.16 Limitaciones del estudio	34
VIII.- Resultados	35
IX.- Análisis y Discusión de los resultados	40
X.- Conclusiones	44
XI.- Recomendaciones.....	
45 Al Ministerio de Salud:	
..... 45 A los Sistemas Locales	
de Salud: (SILAIS) Estelí:	45 A las Redes
Comunitarias:	45
A los medios de Comunicación:	46
XII.- Referencias Bibliográficas	
47	
Anexos	

I. Introducción

Desde el momento de la aparición de la pandemia del SIDA en el año de 1983, la evolución de la misma ha tenido una constante: *Afectación a personas jóvenes y adolescentes, y con una marcada prevalencia en países en vías de desarrollo.*

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

En 2017, había 1,8 millones de adolescentes con VIH en todo el mundo. Cada 3 minutos se registró una infección nueva en un adolescente (de 15 a 19 años) en todo el mundo. Los adolescentes representan 2 de cada 3 nuevas infecciones por VIH en el grupo de edad de 15 a 19 años. Cada día, cerca de 700 adolescentes de entre 10 y 19 años contraen el VIH: eso significa uno cada dos minutos.

Se estima que unos 360.000 adolescentes morirán de enfermedades relacionadas con el SIDA entre 2018 y 2030. Esto equivale a 76 muertes de adolescentes al día si no se aumentan las inversiones en programas de prevención, educación, detección y tratamiento, según se desprende de declaraciones de UNICEF. (UNICEF, 2018)

El embarazo no planeado así como el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/ SIDA, representan un grave problema de salud a nivel mundial (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2015).

Estudios epidemiológicos muestran, que la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2014). Se sabe que el uso correcto y sistemático del condón es la mejor forma de prevención cuando se tienen relaciones sexuales. (Hearst & Chen, 2004; Moscoso-Álvarez, Rosario, & Rodríguez, 2013) La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se

desarrollaban en individuos menores de 25 años de edad y que la mayoría se contagiaba por la ruta sexual, además que las limitaciones con respecto al acceso a la educación y el nivel de pobreza de gran parte de nuestros países facilitaban todavía más esta tendencia.

Rara vez los adolescentes sexualmente activos realizan buenas prácticas acerca de la prevención de VIH/SIDA, creando un ambiente vulnerable, con una afectación directa a corto y mediano plazo.

Los estudios acerca de los conocimientos acerca de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes demuestran que carecen de información suficiente acerca de la reproducción, de la sexualidad, la planificación familiar y los riesgos de infectarse del VIH/SIDA. (Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza, & Ponce-Rosas, 2015)

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

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

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

II.- Antecedentes

2.1 Internacionales

Para el año 2017, datos mundiales reportados por la UNICEF, registran que había 1,2 millones de adolescentes de 15-19 años con VIH. Se diagnosticó una nueva infección cada 3 minutos, y dos tercios eran del sexo femenino. Dos de cada tres pacientes nuevos con VIH pertenecían a este grupo de edad. Las adolescentes, están más expuestas de contraer el VIH; así mismo, aquellos grupos que no se consideran heterosexuales, los consumidores de drogas intravenosas, jóvenes que sufren explotación sexual y trabajadores sexuales. Solamente un 43% de adolescentes de 10-19 años con VIH estaban con terapia antirretroviral (UNICEF, 2018)

Las encuestas mundiales revelan los principales factores para contraer el VIH en los adolescentes: el conocimiento limitado sobre VIH, el sexo comercial, la falta de protección dual, y sexo con edades distintas. (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018)

La Organización Internacional del trabajo (OIT), presentó un estudio durante la Conferencia Internacional sobre el sida "SIDA 2018": HIV Stigma and Discrimination in the World of Work: Findings from the People Living with HIV Stigma Index (Estigma y discriminación asociados con el VIH en el mundo del trabajo). Se realizaron encuestas por 13 equipos nacionales en todo el mundo, donde se entrevistaron más de 100,000 personas que son VIH-seropositivos. El estudio reveló lo siguiente:

- Una gran cantidad de personas seropositivas están sin empleo, con tasas que varían de un 7% de los entrevistados en Uganda (África oriental) hasta un 61% en Honduras.
- 10 de 13 países registraron una tasa de desempleo de más del 30%.
- La tasa de desempleo más alta fue registrada en los jóvenes, desde un 11% en Corea del Sur, hasta un 61% en Grecia.
- En cuanto al género, las mujeres tienen menos probabilidades de ser empleadas, con respecto al sexo opuesto en similar situación.
- En las personas transexuales seropositivas, el desempleo permanece alto.
- Muchas personas pierden su empleo a causa de su estado serológico y la discriminación. El porcentaje varía de un 13 por ciento de los encuestados en Fiyi (Pacífico sur) a 100

por ciento en Timor Leste (Sudeste de Asia). También es alto en Belice (86 por ciento), *Nicaragua (67 por ciento)*, Grecia (80 por ciento) y Costa Rica (53 por ciento). (OIT, 26 de Julio 2018)

En los últimos años, se ha mejorado el acceso al tratamiento con antirretrovíricos; las personas seropositivas logran tener mayor promedio de vida y menos morbilidades, así como menor transmisión del virus.

Se ha logrado un avance en la prevención y erradicación de la transmisión vertical, y la supervivencia materna. Para el año 2016, 8 de cada 10 embarazadas recibieron antirretrovíricos. Para esta fecha, 1.1 millones de embarazadas tenían el virus. (OMS, 10 datos sobre VIH/SIDA, 2017)

El Diario español, “El Independiente”, revela que los jóvenes europeos desconocen sobre salud sexual. Solo un 24% de 6100 adolescentes respondió correctamente al cuestionario sobre ETS. El 15% refiere no usar el preservativo de forma habitual. Además, el Consejo de Enfermería de España, considera que la juventud ha perdido el miedo a contraer una ETS, por lo que indica promover un mayor uso del condón. (Piantadosi, 2017)

Según la meta que ha fijado la ONUSIDA para el 2020, en cuanto a la reducción de nuevas infecciones por VIH, esta no ha disminuido según el ritmo esperado en los últimos seis años; ya que sólo ha habido una reducción del 5% en la población de 15 a 24 años en América Latina y el Caribe. (ONUSIDA O. , 2017)

En México se realizó un estudio para explorar las dimensiones culturales de VIH/Sida en estudiante adolescentes de la Universidad de Guadalajara, donde los y las jóvenes consideran que los grupos más vulnerables a contagiarse con el VIH/Sida son las trabajadoras sexuales referidas por los hombres, mientras que las mujeres indicaron que los homosexuales son los de mayor riesgo a infectarse. Esto lleva a un estado de falsa seguridad, al no formar parte de ninguno de estos grupos. (Aldo Lozano, 2017)

En Estados Unidos, en el año 2015 se diagnosticaron 39,513 casos de personas con VIH, de los cuales 1723 eran adolescentes entre 13 y 19 años con un 4%. Los afroamericanos son quienes tienen la carga viral más alta, en contraste a otros grupos étnicos y razas en este país. (enfermedades, 2016)

Reporte del año 2016 sobre VIH en Centroamérica, reporta que para el 2014 se registraron 22 nuevas infecciones al día, 8 mil nuevas infecciones por VIH cada año, 21 personas con el virus fenecían por día. (Núñez, 2016)

Durante el año 2014, La ONUSIDA estima que en Latinoamérica 1.7 millones de personas en promedio convivían con el VIH. Unas 100,000 personas eran de las edades de 15-24 años, incluyendo 40,000 niñas adolescentes y mujeres jóvenes. (ONUSIDA, 2015)

En noviembre de 2013, la OMS publica que más de dos millones de jóvenes entre 10 y 19 años estaban infectados de VIH, considerándose una población susceptible a contraer el virus. Las muertes en adolescentes infectados aumentaron en un 50% durante el período 2005 y 2012. (OMS, 2013).

La Organización de las Naciones Unidas, reporta que 36,1 millones de personas viven con el VIH/SIDA y un 95% vive en países en vías de desarrollo, con mayor incidencia en la zona rural. Esto tiene un gran impacto sobre la producción de alimentos, y amenaza con la vida de las comunidades rurales.

En África vive una décima parte de la población, pero es donde se reportan 9/10 casos nuevos de infección por VIH. El 69% de la población VIH-positiva, vive en África Subsahariana. El 83% del total de muertes a nivel mundial por VIH, ocurre en África, donde esta enfermedad ha matado a más individuos, que en la guerra per se. (FAO, s.f.)

2.2 Nacionales

Para finales del 2018, había 5,212 personas convivían con el VIH. En 30 Unidades de Salud se les garantizó la terapia antirretroviral, donde se realizaron 51,470 pruebas rápidas de

embarazadas, logrando así una reducción del 73% de la transmisión materno-infantil de VIH. La población masculina, militares y policías, son los que están más expuestos a infectarse, debido a que mantienen relaciones sexuales con múltiples parejas y sin protección. (OPS, 2018)

El primer caso de VIH en Nicaragua se reporta en el año 1987. Para el 2017, había un total de casos acumulados de 12,157 personas con el virus de VIH, de los cuales, el 65% eran hombre. El 69% correspondía a la edad entre 20-39 años. Este virus ha cobrado la vida de 2,429 nicaragüenses, hasta el 2017. (Vicepresidenta de la República, 2017)

En Nicaragua, para el año 2012, había un total de 970 personas con VIH/Sida, de los cuales, 57 correspondían al grupo etáreo de 15-19 años, constituyendo un 5.87%. (CONISIDA, 2012)

Cronología de la epidemia del VIH en Nicaragua:

- En 1996 se publica la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los DDHH ante el Sida, Ley 238.
- En 2003 inicia la terapia antirretroviral
- En 2006, el MINSA reconoce la existencia de subregistros en la información.
- Para el 2006 se registraron 335 personas que convivían con el virus
- La situación de la epidemia del VIH/SIDA, para el 2007 reportó que las amas de casas encabezaron con un mayor porcentaje (18.22%).
- 2011 se descentralizó la terapia ARV a 33 unidades en 16 departamentos y 13 municipios.
- 2011, el país cuenta con pruebas diagnósticas de confirmación, seguimiento y control de calidad. 6 laboratorios elevados como Laboratorios Regionales. 22 hospitales capacitados, apertura de red de laboratorios en los 153 municipios con equipos de alta tecnología. Se descentralizaron las determinaciones de CD4 en Managua, Granada y León.
- En el 2012 se creó la Ley 820, con el mismo nombre. Con ambas leyes, surge la Comisión Nicaragüense del Sida CONISIDA con integración de instituciones estatales y la sociedad civil.

- 2013, el 56% de personas seropositivas procedían del área urbana, 5% del área rural, y el 39% no se consignó origen.
- Para el 2015, se abren 11 Clínicas, de Vigilancia Centinela de las ITS y el INSS brinda atención a las personas seropositivas. En este año, la relación hombre/mujer sería de 1.53.
- 2015: Se clasifican tres zonas, de Alta Prevalencia del VIH: la RAAN 670 Managua 610, Chinandega 500, León 290 y Chontales 260 por 100,000 habitantes. De Mediana prevalencia: RAAS 220, Masaya 220, Granada, Rivas, Boaco y Carazo. Los departamentos de baja prevalencia fueron: Madriz, Estelí, Jinotega, Rio San Juan, Matagalpa, Nueva Segovia, Las Minas 20 y Zelaya Central; 10 por 100,000 habitantes.
- En el año 2016, el gasto promedio por persona \$5. El 77% de las personas VIH positivo, correspondía a los heterosexuales ,14% hombres que tienen sexo con otros hombres, 8% bisexuales, 1% transexuales, 0.2% lésbicas y 0.09% transmisión vertical.
- Managua reportó el mayor número de casos seropositivos para el año 2016, seguido de Bilwi, Chinandega y Estelí en último lugar (19avo) (J, 9 junio 2017)

III.- Justificación de la Investigación

3.1 Originalidad:

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

En nuestro país, la mitad de la población nicaragüense es joven. En Nicaragua 6 de cada 10 ciudadanos actualmente tiene menos de 30 años.

Los adolescentes representan el 24.3% de la población de Nicaragua.

La calidad del conocimiento y práctica alrededor de la lucha contra el VIH/SIDA en adolescentes fortalecerá el nivel de calidad de atención de los servicios de salud, así mismo nos permite comparar resultados obtenidos con otros países para el mejoramiento en el abordaje y manejo de los jóvenes adolescentes, ya que la mayoría de los adolescentes no tiene una información veraz sobre las medidas de prevención para la infección del VIH/SIDA, probablemente sea debido a que las fuentes de información no son las más confiables, además de las limitaciones en relación a sus condiciones educativas, económicas y sociales.

3.2 Conveniencia Institucional:

Estos datos ayudarán al equipo multidisciplinario de los diversos Sistemas Locales de Atención Integral de Salud, (SILAIS) del país a modificar elementos del protocolo sobre el manejo y atención de los programas de prevención diagnóstico y manejo del VIH/SIDA dirigidos específicamente al grupo de los adolescentes, mejorando la cobertura y seguimiento, beneficiando de forma directa a los adolescentes con acciones de educación promoción y medidas preventivas con respecto al tema del VIH SIDA hacia él y su pareja.

El Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua ha establecido como una prioridad la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, con énfasis en medidas de intervención educativa en coordinación con los diferentes actores, gubernamentales, sociales y familiares que brindando su valioso apoyo logran el avance de los jóvenes hacia un mejor futuro, de forma masiva y en cada uno de los niveles de atención en salud del país.

3.3 Relevancia Social:

La realización de esta investigación permitirá identificar el conocimiento, actitud y prácticas sobre la temática del VIH/SIDA en adolescentes que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, como principales sujetos de cambio en el mejoramiento e impulso de elevar la calidad en la atención de salud en los programas de salud sexual y reproductiva que atienden a los adolescentes de nuestro país, mejorando de esa manera la calidad de vida de la población atendida, logrando un impacto socioeconómico para el adolescente, su familia y la sociedad.

3.4 Valor Teórico:

Los estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), logran brindar una información actualizada que desarrollará una base de datos, acerca del comportamiento del nivel de conocimiento acerca de las medidas preventivas para la infección del VIH SIDA en los adolescentes, logrando aportes científicos importantes, generando nuevos enfoques en la calidad de atención, con ambientes más idóneos dentro de un proceso de consejería continuo, logrando por consiguiente un mejor abordaje multidisciplinario dentro de los programas de salud del MINSA.

3.5 Relevancia Metodológica:

Los resultados obtenidos pueden coadyuvar a replantear estrategias de intervención oportunas, que permitan brindarles a los jóvenes adolescentes una atención en calidad acerca de la salud sexual y reproductiva, sobre todo con un método integral y oportuno. Desarrollando planes de intervención, caracterizados por un componente de educación continua y un seguimiento estrecho.

Esta información debe llegar hacia cada uno de los miembros del equipo de salud, logrando una mayor conciencia y seguimiento acerca de la importancia estratégica de los programas de atención en salud dirigida hacia los adolescentes.

El impulso de estos programas y estrategias logrará un impacto en la calidad del conocimiento y las prácticas de los adolescentes en relación al conocimiento y prácticas de riesgo en relación al tema del VIH SIDA.

3.6 Importancia e implicaciones prácticas económicas, sociales:

La información obtenida acerca de los Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), sobre el VIH SIDA en los Adolescentes, permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre el manejo, la evolución, y los recursos técnicos disponibles, en cada uno de los programas que abordan esta temática, contribuyendo al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua.

IV.- Planteamiento del problema

4.1 Caracterización

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

A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. (Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), 2018)

Los jóvenes entre 15 y 24 años representaron 1/3 de las 115 mil nuevas infecciones por el VIH que se estima que ocurrieron en el 2017 en América Latina y el Caribe. (ONUSIDA, 2018)

Estudios realizados en Nicaragua, han indicado que la edad promedio en que los adolescentes inician su vida sexual activa es entre los 15 a 16 años de edad y la mayoría no ha recibido información exacta acerca de la salud sexual y reproductiva. Esta falta de información puede hacerles correr riesgos de embarazos no planificados y de infecciones del tracto reproductor así como VIH/SIDA.

Un monitoreo continuo a través de la realización de investigaciones, acerca de la buena marcha de los Programas de prevención acerca del VIH SIDA, fortalece los sistemas de salud de los diferentes países, que trabajan por mejorar las condiciones de Salud en los Adolescentes.

4.2 Delimitación

Los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud, (SILAIS) del país, impulsan políticas de salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adolescentes nicaragüenses, teniendo como especial énfasis las acciones preventivas.

Para tal fin se han venido desarrollando la conformación de normativas y programas que se implementan para mejorar la calidad de vida de los jóvenes de una forma integral y responsable. Estas herramientas tienen una de sus principales fortalezas en su implementación a nivel de la atención primaria.

Con el objetivo de elevar la calidad de atención en salud de los adolescentes, se desarrollará un estudio en el puesto de salud de “La Montañita”, para evaluar los conocimientos actitudes y prácticas de los adolescentes que asisten a dicha unidad de salud, sobre el tema del VIH SIDA en los adolescentes.

Los programas de prevención de las infecciones de transmisión sexual (I.T.S.), así como la infección por VIH SIDA, en la población adolescente, son una prioridad para el Ministerio de Salud (MINSA) de Nicaragua, teniendo acciones con abordajes multidisciplinarios de forma preventiva acerca del manejo, atención y seguimiento del VIH SIDA en los adolescentes. Además, el impulsar coordinaciones interinstitucionales con otros Ministerios de gobierno así como Organizaciones internacionales que velan y fortalecen la calidad de vida de la juventud nicaragüense.

4.3 Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuál es el nivel de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018?

4.4 Preguntas de Sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son las características Socio Demográficas de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en relación al tema de VIH/SIDA en adolescentes?
2. ¿Cuál es el nivel de Conocimiento y la fuente de información de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en relación al tema de VIH/SIDA en adolescentes?
3. ¿Cuál es el nivel de actitud de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de

Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en relación al tema de VIH/SIDA en adolescentes?

4. ¿Cuáles son las principales prácticas de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en relación al tema de VIH/SIDA en adolescentes?

V.- Objetivos

5.1 General:

Evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018

5.2 Específicos:

1. Identificar las características Socio Demográficas de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018
2. Determinar el nivel de conocimiento y las principales fuentes de información sobre VIH SIDA en los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018

3. Describir las actitudes que tienen los adolescentes de 15 a 19 años sobre VIH SIDA que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018
4. Conocer el nivel de prácticas de los adolescentes de 15 a 19 años sobre VIH SIDA que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018

VI.- Marco Teórico

6.1 Adolescencia

Corresponde a la etapa de transición entre la niñez y la adultez comprendida entre los 10 y 19 años de edad, caracterizada por el desarrollo y crecimiento acelerado físico y mental que vuelve vulnerable a la población ante la absorción de información en exceso (OMS, Salud de adolescentes, 2019).

Desde una perspectiva sociológica la adolescencia corresponde a la etapa de evolución niñez-aduldez que se encuentra en estrecha relación al inicio de la vida sexual activa, culminación de estudios básicos y formación de familias.

6.2 VIH

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es la pandemia más extendida que ha perdurado desde el siglo pasado hasta la actualidad, infecta a las células del sistema inmunitario (Linfocitos T CD4), provocando un deterioro progresivo del sistema inmunológico que en estadios más avanzados de la infección por VIH da paso a infecciones oportunistas agravando el cuadro clínico, en estas etapas se conoce como síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) (OMS, 2019).

Las vías de transmisión conocidas son en orden de frecuencia: Relaciones sexuales sin protección, transfusiones sanguíneas (incluidos objetos corto punzantes), transmisión vertical madre-hijo y la lactancia materna.

6.3 Etiopatogenia:

El agente etiológico es retrovirus VIH1 y VIH2 siendo a nivel mundial el VIH1 más frecuente para la infección y el segundo predomina en poblaciones africanas (Harrison, 2017).

Los pacientes VIH positivos presentan anomalías inmunitarias que causaran diversos grados de inmunodeficiencia cuantitativos y cualitativos en la función de los linfocitos y defectos cualitativos en la función de monocitos/macrófagos y linfocitos NK.

Transcurrida la infección por VIH suceden tres fases:

1. La primera es el periodo inmediato posterior donde las primeras reacciones de activación del sistema inmunológico se manifiestan, de manera similar a la mononucleosis infecciosa conocido como síndrome retroviral agudo, el virus infecta directamente las células CD4+, probablemente linfocitos T, monocitos o células dendríticas derivadas de la médula ósea (Harrison, 2017).

Esta fase es primordial para el retrovirus por la diseminación a tejido linfoide y algunos órganos donde pasa la siguiente fase.

2. La segunda corresponde a un periodo subclínico prolongado donde la duplicación del virus tiene lugar en los ganglios linfáticos. Esta infección crónica persiste un promedio de 10 años, los linfocitos T CD4+ hacen una disminución gradual con poca o nula sintomatología, es esta fase es posible medir la carga viral plasmática. El nivel de viremia constante es un indicador importante en el diagnóstico y manejo del VIH, a menor carga viral y poco incremento en las pruebas plasmáticas de control el padecimiento del SIDA sucede con mayor lentitud que en aquellos cuya carga viral es elevada.
3. La tercera fase, una fase destructiva del sistema inmune, progresivo donde tienen lugar el inicio de signos y síntomas del SIDA. Es lógico pensar que la mayoría de casos

reportados entre edades de 20 a 39 años tuvieron la infección inicial en edades adolescentes.

Cuando el recuento de linfocitos T CD4+ desciende a un valor crítico (menor a 200 μ L) en pacientes que no reciben tratamiento o tienen respuesta ineficiente al mismo hay mayor susceptibilidad a infecciones oportunistas. El diagnóstico de SIDA se encuentra al tener un recuento de linfocitos TCD4+ menor a 200 μ L o una de las infecciones oportunistas que definen SIDA (Harrison, 2017). El tratamiento efectivo en estos pacientes se logrará en su mayoría manteniendo una carga plasmática menor a 50 copias de RNA.

6.4 Epidemiología

Se adjudica que la epidemia inicio a inicio de los 80 en América Latina, sin embargo, el primer caso reportado de SIDA en México data de 1983 y dado el tiempo de evolución VIH-SIDA aproximado de 10 años hace suponer que el virus fue introducido a este país alrededor de 1970 (Alberto villaseñor-Sierra, 2003). Los diagnósticos recientes de SIDA entre adultos y adolescentes en USA el 80% fueron varones y 20% mujeres (Harrison, 2017).

En 2017, había 1,8 millones de adolescentes con VIH en todo el mundo. Cada 3 minutos se registró una infección nueva en un adolescente (de 15 a 19 años) en todo el mundo. Los adolescentes representan 2 de cada 3 nuevas infecciones por VIH.

Según la ONUSIDA Nicaragua mantiene una epidemia concentrada que ha superado el 5% de las poblaciones clave o poblaciones de riesgo, dentro de las cuales se encuentra la población adolescente (MINSa, 2013), el 85% de la población diagnosticada con VIH se encuentran entre las edades de 15-49 años, correspondiente con población sexualmente activa.

6.5 Diagnóstico:

En nuestro país el impulsador inicial para el diagnóstico del VIH es la oferta del examen a la población de riesgo: Población móvil, trabajadores sexuales, embarazadas, mujeres o varones que sufren violación, privados/as de libertad, usuarios de drogas Intravenosas y adolescentes y en una menor proporción la demanda espontánea del examen.

Previo al examen se da consejería PRE-TEST para indagar factores de riesgo del paciente ante exposición al virus con el fin de preparar emocionalmente al usuario, se indagan los siguientes puntos (MINSA, 2013):

- Ocasiones en las que se ha realizado la prueba.
- Conocimientos generales del VIH (concepto, mecanismos de transmisión, medidas preventivas).
- Orientación sexual.
- Conducta sexual (uso de métodos de barrera, promiscuidad o adulterio, contacto sexual con personas VIH confirmado).
- Abuso sexual.
- Inicio de la vida sexual activa.
- Uso de drogas intravenosas.
- Actitud ante un resultado positivo o negativo.
- Personas con quien esté dispuesto a compartir su resultado (negativo o positivo) - Negociar con paciente nuevos controles.

Se realiza posterior a una consejería PRE-TEST y se dividen en 3 grupos:

1. Detección del virus completo o de sus proteínas: aislamiento viral y detección de antígenos P24.
2. Detección del anticuerpo contra el VIH: pruebas presuntivas y confirmatorias.
3. Detección del genoma viral: hibridación y sondas genéticas.

Pruebas de anticuerpos:

Detectarán anticuerpos totales plasmáticos, utilizadas en bancos de sangre y para diagnóstico en personas en riesgo mayor, entre ellas ELISA, pruebas de aglutinación y rápidas con formato de inmunoblot.

Pruebas presuntivas:

Detectan anticuerpos totales sin especificar a qué proteína viral pertenecen, requieren una prueba confirmatoria o suplementaria.

Pruebas suplementarias o confirmatorias:

Utilizadas para confirmar diagnóstico realizado por pruebas presuntivas, entre estos destacan la inmunoelectrotransferencia o western blot, inmunofluorescencia indirecta y la radioinmunoprecipitación.

Prueba ELISA es la más usada para diagnosticar la infección por VIH, su fundamento es la reacción inmunoenzimática con una sensibilidad mayor al 99% y especificidad del 98.9%.

El Western Blot es el GOLD ESTÁNDAR en el diagnóstico confirmatorio de VIH, éste contiene antígenos propios del VIH, algunas proteínas precursoras y antígenos de origen celular (SEIMC).

6.6 Adolescencia y VIH

Los adolescentes son una población clave para el contagio de VIH, simultáneamente, es menos probable que tengan acceso al tratamiento. Entre las "poblaciones clave" se encuentran los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, los consumidores de drogas intravenosas, jóvenes explotados sexualmente y trabajadores sexuales, y los adolescentes que se identifican como personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales. (UNICEF, 2018)

Pese a los múltiples derechos promovidos en múltiples convenciones internacionales, los adolescentes son una población prácticamente olvidada en lo concerniente a programas de salud sexual y reproductiva, que es evidenciado en el creciente número de adolescentes con carencias informativas sobre estos temas, esto en países empobrecidos presenta un mayor problema (Mendoza, 2008).

En temas generales, hombres y mujeres de estratos sociales desiguales presentarán conductas diferentes por sus trayectos de emancipación, tardía y con baja tasa de fecundidad proveniente del sector alto y sector medio, y otra con abandono de estudios, maternidad adolescente y mayor tasa de fecundidad correspondiente al sector más pobre, descargando un mayor índice de vida sexual con pocas responsabilidades y conocimientos en éste último sector.

Es preciso enseñar al adolescente antes de que inicie una vida sexual activa los riesgos y responsabilidades que ésta conlleva. Los derechos del cuerpo hablando del tema sexualidad y reproducción abarcan dos puntos elementales (Mendoza, 2008):

1. El derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva.
2. Autodeterminación sexual: someterse libre y voluntariamente al acto de la cópula sin violencia, obligación o coerción que afecte la salud del adolescente que realice prácticas sexuales.

La tasa de contagio en adolescentes por VIH por actividades de riesgo es mayor en países en vías de desarrollo, las mujeres jóvenes y las adolescentes corren un riesgo desproporcionadamente alto de infección debido a su vulnerabilidad biológica, a la disparidad social y a la exclusión por sociedades machistas.

El estigma y discriminación referentes al VIH y a personas que lo padecen son una piedra de tropiezo para una respuesta efectiva para la epidemia (Cruz, 2013), todo esto se ve potenciado por la desinformación o conocimientos incorrectos sobre esta Patología por profundas raíces culturales que se manifiestan en todos los niveles y estratos sociales pese a que constituye una violación de los derechos humanos y está legalmente prohibida.

6.7 Salud sexual y reproductiva para jóvenes: Revisión de evidencias para la prevención

El inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia es un acto de desasosiego a nivel mundial, debido al vínculo que existe con el daño a la salud sexual reproductiva, frustración del proyecto de vida. Además, encontramos los embarazos no deseados y complicaciones que pueden surgir, debido a la falta de maduración del sistema reproductor, tales como el aborto.

Hay un alto índice de enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida en la adolescencia, por relaciones sexuales tempranas. El abuso de drogas permitidas e ilícitas es un factor de riesgo potencial ante la incidencia de ETS y VIH al llevar a experiencias sexuales precoces, además de interferir con la decisión del uso de preservativo o su uso incorrecto.

Es de vital importancia implementar programas y acciones específicas para prevención de VIH. Cabe resaltar que no se cuenta con “la receta mágica” para la problemática, así como un análisis total sobre la gama de variables que ejercen un impacto en la temática en estudio. No se cuenta con soluciones concluyentes, pero se realizan intervenciones para prevenir la aparición de nuevos casos.

Finalmente, Kirby et al. (2007), sugieren que los programas basados en habilidades fueron más eficaces en el cambio de conducta, que aquellos basados en conocimiento e información. Existen diversas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud de calidad para prevención de las ETS, incluyendo VIH. Entre ellas están la falta de seguro médico, posición geográfica, falta de instalaciones diseñadas para tal fin, y privacidad de los resultados y la consulta brindada al adolescente.

Las investigaciones científicas han demostrado que al implementar de una forma efectiva los programas de prevención de VIH-ETS, se pueden disminuir las conductas de alto riesgo sexual en los adolescentes: retrasar el inicio de vida sexual activa, disminuir el número de compañeros sexuales, reducir el sexo sin protección y aumentar el uso del condón.

El Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de EE.UU en el 2010, propuso puntos claves efectivos para la prevención de VIH/ETS, mediante los cuales se promueve un mayor vínculo con los padres, mayor comunicación en la escuela y la comunidad:

- Facilitadores capacitados
- Apropriados para su edad
- Promoción de desarrollo de habilidades mediante actividades con inclusión de los padres.
- Intervenciones efectivas para reducir conductas sexuales de alto riesgo.

A continuación, se presentarán intervenciones que demostraron un aumento del uso de métodos anticonceptivos y la disminución del número de compañeros sexuales en adolescentes:

- Actividades grupales, con personal calificado, con materiales audiovisuales, juegos, demostraciones.

- Contenido en común: ofrecer información sobre ETS/VIH, uso correcto del condón y anticonceptivos, prevención de embarazo y habilidades de negociación.
- Contenido específico: información apropiada al nivel sociocultural, abuso de alcohol y relaciones sexuales.
- Facilitadas por personal entrenado.
- Deben ser preparadas de acuerdo a la edad e implementar actividades didácticas.
- Inclusión de los padres, familia y comunidad. (Sigrid Vivo, 2012)

6.8 Ley N° 820 “Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su prevención y atención.”

Capítulo I

Artículo 1: Objeto de la Ley.

La presente Ley es de carácter público y tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos con énfasis en la atención integral de la salud, relacionado a la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), garantizando el acceso universal a terapias antirretrovirales, tratamientos para enfermedades oportunistas, condones y otros métodos anticonceptivos para la prevención, priorizando a las personas con VIH y en condición de Sida, poblaciones con mayor vulnerabilidad y riesgo y población en general.

Art. 3 Principios Éticos, inciso “J”

Interés Superior del Niño, Niña y Adolescente: Implica responsabilidad de su educación y orientación, fortaleciendo su cultura general y permitirle, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, para llegar a ser un miembro útil de la sociedad; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. Niños, niñas y adolescentes deben disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los que deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

CAPÍTULO II

Art. 9 De la Consejería

Es obligación del Estado a través de las instituciones competentes, vigilar para que se disponga del material educativo y personal con competencias para brindar consejería antes y después de la prueba de VIH, en los distintos servicios de atención integral que aseguren confidencialidad, información científica, objetiva, orientadora, veraz, oportuna y actualizada, referente al tema, que permita a las personas una toma de decisión informada ya sea de manera individual o grupal, esta atención puede ser institucional y comunitaria.

(Nacional, 2012)

VII.- Material y Método

7.1 Tipo de Estudio

De acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) el tipo de estudio fue Observacional, Descriptivo, de corte transversal.

7.2 Área de estudio

El estudio fue realizado en el puesto de salud de “La montaña” del municipio de Estelí, el cual se encuentra a 20 kilómetros de la cabecera departamental de Estelí y a 168 kilómetros de la capital Managua.

7.3 Universo

El Universo del estudio estuvo constituido por **442 adolescentes** de 15 a 19 años que asistieron al puesto médico de la montaña, del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018

7.4 Muestra

La muestra estuvo conformada por **207 adolescentes** de 15 a 19 años que asistieron al puesto médico de la montaña, del Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

7.5 Tipo de muestreo

La técnica de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple.

7.6 Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra

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)

7.7 Criterios de inclusión:

1. Jóvenes Adolescentes en edades de 15 – 19 años.
2. Jóvenes Adolescentes que asisten al puesto médico de la montaña en el periodo de estudio.

3. Jóvenes que se encuentren presentes en el momento del llenado de la encuesta.
4. Adolescentes que estén de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de la información.

7.8 Criterios de exclusión:

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

7.9 Unidad de Análisis

Jóvenes Adolescentes de 15 a 19 años que asistieron al puesto médico de la montañita, del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018

7.10 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-10 mujeres), del nivel secundario de educación.

El Instrumento, se aplicó en una prueba piloto a un número de 20 Adolescentes que no asistieron al puesto médico la montañita y que pertenecían a la comunidad. Se realizó 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 demográficos de los adolescentes.

El conocimiento fue evaluado con la realización de 48 preguntas de conocimientos sobre VIH/SIDA de acuerdo a los conceptos generales, forma de adquirir la enfermedad, causas que favorecen la transmisión, diagnóstico, sintomatología, prácticas de riesgo, y medios de prevención.

Los adolescentes en estudio debieron 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 proposiciones (8 afirmativas – 8 negativas) con las siguientes opciones de respuesta:

A: de acuerdo.

D: en duda.

DS: en desacuerdo.

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

Para una actitud favorable: 31 – 48 puntos.

Desfavorable: 16- 30 puntos.

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

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

A cada pregunta se le asignó un valor numérico de 10 puntos, para obtener los siguientes niveles:

Bueno: 70- 100 puntos.

Malo: 0- 59 puntos.

Regular: 60-69 puntos.

7.11 Procesamiento y análisis de la información

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, se procedió 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 se utilizó el Programa SPSS 20.0. Posteriormente se analizó, con el desarrollo de tablas en las que se aplicó frecuencias y porcentajes, posteriormente se organizaron los datos considerando los objetivos del estudio, resumiendo los datos obtenidos en cuadros y gráficos, usando para ello el sistema Windows con el programa OFFICE 2015.

7.12 Plan de análisis

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

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

Se realizó 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.

7.13 Variables

Enumeración de variables según los objetivos específicos

1. Variables relacionadas a las características socio demográficas.
 - a) Edad
 - b) Sexo
 - c) Religión
 - d) Estado civil
 - e) Nivel de escolaridad
 - f) Procedencia
2. Variables relacionadas a Identificar el nivel de conocimiento y fuente de información que tienen los adolescentes acerca del VIH/SIDA

2.1 Nivel de conocimiento

- a) Conocimientos generales
- b) Formas de transmisión
- c) Diagnostico
- d) Tratamiento
- e) Signos y síntomas
- f) Prevención

2.2 Fuente de Información

- a) # personas que recibieron información
- b) Lugar de información
- c) Informantes que brindaron la Información
- d) Calidad de información recibida

3. Variables relacionadas a la actitud que tienen los adolescentes acerca del tema de VIH/SIDA
 - a) Actitud ante la prevención.
 - b) Actitud ante el uso del condón
 - c) 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.
 - a) Número de parejas sexuales.
 - b) Practicas acerca de la edad de inicio de las relaciones sexuales.
 - c) Practicas acerca de las relaciones sexuales de riesgo.

7.14 Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo Específico N° 1	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Identificar las características Socio Demográficas de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud "La	Conjunto de características biológicas, Socioeconómicas culturales que están presentes en la población sujeta a estudio	Edad	años cumplidos	Entrevista	Cuantitativa Continua	15-16 17-19
		Sexo	Característica distintiva entre individuos de diferentes géneros	Entrevista	Cualitativa dicotómica	Masculino Femenino
		Religión		Entrevista	Cualitativa Nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová

Montañita ” del municipio de Este lí, Departame nto de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018	Estado Civil		Entrevista	Cualitati va Nominal	Soltera Casada Unión Libre
	Escolarida d	Ultimo nivel académico alcanzado	Entrevista	Cualitati va Nominal	Analfabet a Primaria Secundari a Universit aria
	Procedenci a		Entrevista	Cualitati va Nominal	Urbana Rural

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo Específico N° 2	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p>Determinar el nivel de conocimiento y las principales fuentes de información acerca del VIH SIDA en los en adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018</p>	<p>Será el nivel de conocimiento y las principales fuentes de información acerca del VIH SIDA en los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018</p>	<p>Nivel de Conocimiento</p>	Conocimientos Generales	Entrevista	Cualitativa Ordinal	SI NO NO SABE
			Formas de transmisión	Entrevista	Cualitativa Ordinal	SI NO NO SABE
			Diagnostico	Entrevista	Cualitativa Ordinal	SI NO NO SABE
			Tratamiento	Entrevista	Cualitativa Ordinal	SI NO NO SABE
			Signos y síntomas	Entrevista	Cualitativa Ordinal	SI NO NO SABE
			Prevención	Entrevista	Cualitativa Ordinal	SI NO NO SABE
		<p>Fuente de Información</p>	Información sobre el VIH SIDA	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			Lugar donde se ha obtenido la información sobre VIH SIDA	Entrevista	Cualitativa Nominal	En la calle En la escuela En el puesto de Salud En el hogar
			Informantes donde se obtuvo los datos sobre VIH SIDA	Entrevista	Cualitativa Nominal	Amigos Familiares Brigadistas de

						salud Personal Salud Maestros
			Medios masivos de información social utilizados para saber de VIH sida	Entrevista	Cualitativa Nominal	Libros Revistas Radio TV Internet
			Calidad de la información recibida acerca de VIH SIDA	Entrevista	Cualitativa Nominal	Me explicaron con lenguaje sencillo No entendí nada de lo que me explicaron

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo Específico N° 3	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
Describir las actitudes acerca del VIH SIDA que tienen los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018	Actitudes acerca del VIH SIDA que tienen los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018	Nivel de Actitud (Escala Modificada de Likert)	Actitud ante la prevención	Entrevista	Cualitativa Ordinal	De Acuerdo Indeciso En Desacuerdo
			Actitud ante el uso del condón	Entrevista	Cualitativa Ordinal	De Acuerdo Indeciso En Desacuerdo
			Actitud ante las personas portadoras y enfermas del SIDA	Entrevista	Cualitativa Ordinal	De Acuerdo Indeciso En Desacuerdo

Matriz de Operacionalización de Variables (MOVI)

Objetivo Específico N° 4	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p>Conocer el nivel de prácticas acerca del VIH SIDA en los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018</p>	<p>Es la calidad del nivel de prácticas acerca del VIH SIDA en los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al Puesto de Salud “La Montañita” del municipio de Estelí, Departamento de Estelí, en el periodo del 1° de Octubre al 31 de Diciembre del 2018</p>	<p>Nivel de Prácticas</p>	¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			¿Tienes tatuajes?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			¿Practicar la fidelidad?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			¿Acostumbra a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			¿Has tenido relaciones sexuales?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			¿Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales?	Entrevista	Cuantitativa Continua	10-13 años 14-16 años 17-19 años
			¿En tus relaciones sexuales utilizas condón?	Entrevista	Cualitativa Nominal	Siempre Casi Siempre e Nunca
			¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO
			¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	Entrevista	Cuantitativa Continua	0 1 2 3 Mayor de 3
			¿Practicar el sexo oral?	Entrevista	Cualitativa Dicotómica	SI NO

7.15 Aspectos Éticos

Se respetaran los derechos en todo momento de los adolescentes sujetos a estudio, manteniendo su anonimidad, se les dará a conocer los objetivos del estudio y en todo momento se resguardará la seguridad de los datos. Cada uno de los adolescentes de 15 a 19 años que asisten al puesto médico de “la Montañita” del municipio de Estelí, en el periodo de estudio se les informará antes de llevarse a cabo la entrevista, que deberán hacerlo por libre voluntad y que al completar el llenado del instrumento los datos se utilizaran para el manejo de la información en el ámbito académico.

7.16 Limitaciones del estudio

- Los tabúes sobre el tema en estudio estuvieron presentes en todo momento del estudio, tocar temáticas de carácter sexual con fines educativos no deja de generar incomodidad por los participantes y padres de adolescentes.
- Lejanía Geográfica de la comunidad de estudio.
- Ausencia de transporte público y caminos en mal estado para acceder a la comunidad.

VIII.- Resultados

El grupo de edad predominante es el de 15-16 años en un 60% (30). La mayoría de los encuestados corresponde al sexo femenino con 60% (30). En cuanto a la religión, tanto la católica como la Evangélica representan un 50% cada una (25). El 100% (50) culminaron los estudios de primaria. La procedencia del 100% de los jóvenes (50) es rural. (Ver cuadro N°1)

Sobre los conocimientos generales sobre VIH/SIDA, el 38% (19) no sabe el significado de SIDA, y solamente un 32% (16) conoce el significado. El 74% (37) refirió saber el significado de VIH. Un 46% (23) respondió que el VIH/SIDA no se cura en la mayoría de los casos. Un 86% (43) afirmó que, si una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección, se debe dar tratamiento a la pareja. El 72% (36) respondió que, si una persona utiliza correctamente el condón, SÍ se protege del VIH/SIDA.

El 72% de los jóvenes (36) afirman que el VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua. La mayoría de los adolescentes, el 62% (31) respondieron que el VIH/SIDA NO tiene cura. El 94% (47) afirman que el VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión sexual. Un 40% afirma que, si una persona tiene SIDA, no desarrolla defensas contra las enfermedades, mientras que el 38% (19) no lo sabe. Las personas que padecen de SIDA, comúnmente se ponen delgadas, afirmó el 90% de los jóvenes (45). El SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen, aseveró el 92% de los adolescentes (46). El SIDA puede curarse si se diagnostica pronto, asegura el 62% (31) de los encuestados. (Ver cuadro N°2)

En cuanto a la forma de transmisión de VIH/SIDA, el 98% (49) indicó que es una enfermedad que se transmite por contacto sexual de una persona infectada. Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA, según afirma el 84% de los adolescentes (42). El 66% (33) indicó que SÍ se puede contagiar de VIH/SIDA por compartir agujas o jeringuillas. El 64% (32) respondió que SÍ se puede contagiar de VIH al no usar preservativo en una relación sexual. El 40% (20) manifestó con un SÍ que una persona puede estar infectada por VIH y no presentar síntomas, con un 36% (18) en oposición. Un 68% (34) de los adolescentes afirmó que si una madre tiene VIH/SIDA puede transmitirlo a

su bebé durante el parto y la lactancia materna. El 76% (38) negó la aseveración de que el VIH/SIDA es una enfermedad que sólo le da a homosexuales. Un 46% (23) confirmó que el VIH/SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lágrimas; mientras que un 52% (26) niega que la enfermedad 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. (Ver cuadro N°3)

El 62% (31) niegan que el diagnóstico de VIH/SIDA se hace por lo que la persona siente o manifiesta; mientras que el 56% (28) refiere que no se determina que una persona tiene VIH/SIDA por lo que diga algún amigo o conocido. El 76% (38) indicó que se puede realizar diagnóstico de la enfermedad porque refiera el médico o algún profesional de la salud al examinar al paciente, igual porcentaje afirmó que se diagnostica VIH/SIDA con el resultado de laboratorio. (Ver cuadro N°4)

Un 64% de los jóvenes (32) indicaron que no se darían el medicamento ellos mismos. El 78% NO tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares. Solamente un 18% (9) acudiría donde un curandero para poder resolver su enfermedad. El 100% (50) indicó que tomarían el medicamento prescrito por el médico. (Ver cuadro N°5)

La mayoría de las adolescentes afirmaron que los pacientes con VIH/SIDA presentan los siguientes signos y síntomas: Fiebre 66% (33), picazón en la región genital 70% (35), pérdida de peso 74% (37), diarrea 38% (19), escalofríos 44% (22), verrugas 56% (28), salida de pues a través de los genitales 48% (24), úlceras 50% (25). Mientras que un 50% (25) no sabe si hay ganglios en la zona inguinal en personas con VIH/SIDA. (Ver cuadro N°6)

Las siguientes medidas para prevenir la infección por VIH/SIDA fueron afirmadas por los adolescentes: No teniendo relaciones sexuales 58% (29), teniendo una sola pareja 62% (31), no usar drogas por las venas 56% (28), reducir el número de parejas sexuales 62% (31), usando condón 72% (36) y no usar jeringas contaminadas 60% (30). Mientras que, las siguientes medidas, refieren los adolescentes que no previenen la infección por VIH/SIDA:

practicando sexo oral, eyacular fuera de la pareja y masturbándose en un 44% (22) cada una, y al no usar baños públicos 36% (18). (Ver cuadro N°7)

Un 88% (44) de los adolescentes indicó haber recibido información acerca de VIH/SIDA. (Ver cuadro N°8)

Respecto a los medios por los que los adolescentes recibieron información acerca de VIH/SIDA, se encontró lo siguiente: los maestros fueron quienes brindaron más información a los jóvenes sobre VIH/SIDA, en un 70% (35), seguido se encontró al médico en un 58% (29), personal de salud 46% (23), familiares 42% (21), amigos 22% (11), novio (a) y esposo (a) 14% cada uno (7). El internet fue el medio de difusión más importante entre los adolescentes encuestados 70% (35). Los libros contribuyeron en un 66% (33), la televisión aportó en el conocimiento sobre VIH/SIDA en un 50% (25), la radio en un 46% (23) y por último, las revistas en un 42% (21). La escuela fue un importante medio de difusión, donde un 76% (38) de los adolescentes fueron educados acerca de VIH/SIDA, luego se encuentra la Unidad de Salud en un 60% (30), la casa promovió la temática en los adolescentes en un 32% (16) y finalmente, la calle donde ellos escucharon hablar sobre esta enfermedad en un 18% (9). (Ver cuadro N°9)

Ante la actitud sobre el uso del condón en los adolescentes encuestados, un 48% (24) se encontró en duda en que si el preservativo disminuye el placer sexual, mientras que el 44% (22) refirió estar de acuerdo. El 64% (32) de los adolescentes estuvo de acuerdo en que es mejor usar el preservativo con personas que tienen relaciones sexuales de vez en cuando. Al 36% (18) estuvo en duda que si al comprar un condón le daría mucha vergüenza, el 30% (15) indicó estar de acuerdo. Un 60% (30) indicó estar en duda en que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene. El 48% (24) estuvo en duda sobre evitar el uso del condón porque va en contra de la religión, el 44% (22) estuvo en desacuerdo. Un 48% (24) dudó en que solo los hombres deben portar un preservativo, y el 34% (17) estuvo de acuerdo. El 38% de los adolescentes estuvo de acuerdo en un 38% (19) sobre las mujeres que portan preservativos es porque han tenido múltiples parejas sexuales y un 36% (18) en duda. (Ver cuadro N°11)

Sobre la actitud de los adolescentes antes las relaciones sexuales de riesgo, el 62% (31) refirió estar de acuerdo evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales. El 42% (21) estuvo en duda en que una persona de su edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas y el 30% (15) respondió estar de acuerdo. El 52% (26) de los adolescentes estuvo de acuerdo en que la abstinencia sexual disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA. Un 52% (26) de los jóvenes encuestados estuvo de acuerdo que practicando el sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA. El 52% (26) indicó estar en duda que entre más se tiene relaciones sexuales, es mejor. El 48% (24) dudó en que combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero, y un 40% (20) estuvo en desacuerdo. (Ver cuadro N°12)

Ante la actitud de personas portadoras de VIH/SIDA, el 44% (22) está de acuerdo en rechazar a alguien que tenga VIH/SIDA. Un 50% (25) lo trataría como una persona normal. El 46% (23) de los adolescentes está en desacuerdo que las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen. Un 44% (22) está en duda en que si su pareja tuviera VIH/SIDA, no tendría relaciones sexuales con él/ella pero lo besaría. El 40% (20) está de acuerdo en que no pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA y un 38% en duda. (Ver cuadro N°13)

Sobre las prácticas de riesgo, el 100% (50) de los adolescentes encuestados negó haber utilizado algún tipo de droga inyectada. (Ver cuadro N°15)

Solamente un 6% (3) de los adolescentes refirió tener tatuajes. (Ver cuadro N°16)

El 59.3% (19) refirió practicar la fidelidad, del 100% (32) de los adolescentes que dijeron haber tenido relaciones sexuales. (Ver cuadro N°17)

Un 60% (30) negó portar siempre un condón en su billetera o mochila. (Ver cuadro N°18)

El 64% (32) de los adolescentes en estudio refirió tener vida sexual activa. (Ver cuadro N°19)

El rango de edad de inicio de vida sexual activa que predominó fue de 14-15 años con 50% (16). (Ver cuadro N°20)

En la entrevista realizada a los adolescentes, el 43.75% (14) usa siempre el preservativo durante las relaciones sexuales. El 37.5% (12) refirió usarlo casi siempre y el 18.75% (6) dijo que nunca. (Ver cuadro N°21)

El 71.9% (23) de los adolescentes refirió no tener relaciones sexuales con otra persona, además de su pareja. (Ver cuadro N°22)

De los 32 adolescentes con vida sexual activa, el 50% (16) sólo ha tenido una pareja sexual. Un 28.1% (9) ha tenido dos parejas y el 21.9% (7) ha tenido tres o más parejas.

IX.- Análisis y Discusión de los resultados

Al analizar la variable edad la distribución prevaleció en las edades de 15-16 años correspondiente a los estudios publicados por ENDESA 2014 donde se revela que el 11% de

la población nacional total corresponde a las edades de 15-19 años. Desde el punto de vista epidemiológico y social la distribución poblacional debe orientar estrategias de planificación, seguimiento y mantenimiento de programas enfocados en el adolescente para su completo bienestar físico, emocional y económico a futuro.

En cuanto a la variable sexo, el sexo predominante es el femenino con tendencias similares para ambos sexos, según los datos ENDESA la población femenina ha mantenido un predominio constante sobre la población general, y sumando las características de la zona rural donde la población joven masculina abandona estudios y hogares para dedicarse al trabajo en el campo, estos factores facilitaron a la captación de mayores féminas en el estudio.

Estudios realizados han demostrado que el comportamiento sexual en el sexo femenino tiene mayores cuotas de responsabilidades en relación al rango de edad de los jóvenes y además en su mayoría las mujeres son las que toman la iniciativa de solicitar el apoyo de personal calificado en relación al proceso de aprendizaje y desarrollo del conocimiento en cada uno de los temas importantes que se desarrollan en el grupo de los adolescentes.

Con respecto a la religión no revela diferencias significativas entre fervor católico y evangélico comportándose en igual prevalencia en la población, no se presenta otra religión en esta población, y diversos estudios revelan que en el resto del país son las dos religiones de mayor predominio desde el momento de la colonización española.

Los factores socioculturales juegan un rol muy importante en la sociedad nicaragüense, la educación en la familia posee una base religiosa muy fuerte, y con la cual se condiciona las actividades de los jóvenes desde etapas muy tempranas del desarrollo, existe inclusive en zonas de Nicaragua, condiciones totalmente dominadas por la iglesia tanto católica como evangélica, lo que en muchos de los casos provoca prejuicios y tabúes que son muy difíciles de superar y por lo tanto representan factores de riesgo en relación a las prácticas sexuales de los adolescentes, y que los exponen mucho más a las infecciones de transmisión sexual en donde se incluye al VIH SIDA.

Analizando la variable procedencia el mayor porcentaje de la población tiene un origen rural, esto se justifica porque el urbe de estudio seleccionado es un área rural y la población urbana que estudia en ella son hijos de trabajadores de comunidad (maestros).

En cuanto a la escolaridad la mayor parte de la población se encuentra cursando la secundaria entre primer y quinto año de la misma, esto se debe a la masificación del derecho a la educación como política del país, además de ser totalmente gratuita, ambos datos promueven una mayor participación de los jóvenes y sus familias al ambiente escolar.

Analizando los conocimientos generales de la población sobre el tema VIH/SIDA la mayoría tenían un conocimiento bueno arriba del 80% que contrasta con estudios internacionales como el estudio publicado en el diario español “El independiente” en 2017 que revelan que apenas el 24% de la población adolescente europea tenían un buen conocimiento sobre ETS y VIH, esto puede justificarse con la intervención de ONG en zonas rurales y los programas MINSA destinados a la promoción de medios sexuales de protección y medios diagnósticos de VIH.

Observando el comportamiento de las variables encargadas de los conocimientos sobre formas de transmisión del VIH fue positivo obteniendo más de un 80% de respuestas correctas en cuanto a las variables en cuestión, gran parte de la población adolescente se ha informado del tema en clases o anuncios informativos audiovisuales.

Con el momento actual donde la tecnología se encuentra accesible a cada estrato de la población, y además que en los últimos años el acceso a las redes sociales por parte de los jóvenes se ha masificado completamente, logran un impacto en la información obtenida acerca de los temas de sexualidad de la adolescencia, el problema fundamental es el hecho que los jóvenes por su percepción de la vida de ser “invencibles”, hacen caso omiso a las medidas a tomar como métodos de prevención en relación a la epidemia del VIH sida.

Al valorarse las variables sobre el manejo y tratamiento de la patología el 96% de la población acudiría para manejo y seguimiento médico y no por medicina natural o tradicional (solo en el 19%).

La mayoría de la población encuestada tiene una actitud favorable en cuanto a la prevención del VIH guardando similitud con los niveles de conocimientos observados en la encuesta, justificando estos con la información directa e indirecta con la tienen contacto los adolescente propulsado por las distintas actividades del Ministerio de Salud de Nicaragua y algunas ONG que se han encargado de capacitar y realizar proyectos referentes al tema.

Referente al uso del preservativo la mayoría no desea usarlos debido al tabú de la pérdida o disminución del placer sexual, temor a su compra en farmacias y sobre el llevar preservativo por la parte femenina se encontró con muchos prejuicios no favorecedores a las féminas debido a una actitud machista que predomina en la mayoría de las zonas rurales del país y algunas zonas urbanas.

El 63.3% de los adolescentes afirman tener una vida sexual activa (la mayoría iniciada entre los 14-15 años) y un porcentaje mínimo afirma utilizar el preservativo al momento de la cópula, esto pone de manifiesto que los adolescentes a pesar de tener un buen conocimiento y una buena actitud poseen una pésima práctica que puede deberse a los prejuicios y tabús de la sociedad que cohibe a la población de estudio a que se desenvuelvan con libertad y experimenten una práctica sexual responsable.

La promiscuidad fue notoria en la población, esto sumado al no uso del preservativo propone una información alarmante y latente que está poniendo en riesgo a los adolescentes a la exposición elevada ante el VIH/SIDA lo que concuerda con lo expuesto por la ONUSIDA quienes establecen mayor número de casos positivos en la población en cuestión, razón por la cual han dirigido programas al mismo para amenorar el riesgo y reducir la propagación de la infección.

Otro punto a resaltar es que los adolescentes hablan más de VIH y prácticas sexuales entre amigos y novios, algo que hace nacer la interrogante ¿Qué hablan dos adolescentes mal experimentados y con falta de responsabilidad sexual?, pregunta que nos lleva al origen de los problemas, el núcleo familiar, pues es una realidad que hay que cambiar, los múltiples tabús y prejuicios familiares sobre abordar la temática sexual y sobre todo el VIH origina dudas e inquietudes en los profanos que buscarán respuesta en la experiencia empírica o en otro/a experimentado de la misma manera, otra causa de no abordar el tema en familia es el

de las madres solteras que por exceso de carga laboral descuidan esta temática con sus hijo/as o simplemente no desean tocar el tema para evitar que sus hijos inicien una vida sexual activa temprana. Sin embargo nada justifica la marcada y notoria distancia padreshijos y su falta de comunicación.

X.- Conclusiones

1. Predominaron los Adolescentes de 17- 19 años, del sexo femenino, solteros, de religión católica, con escolaridad en nivel secundario y de procedencia rural.

2. El conocimiento en general fue bueno (76.3%), habiendo recibido información sobre vih sida en el 86.0% de la población de estudio, siendo sus amigos y el internet los principales medios de información, teniendo en su mayoría una comprensión acerca del mensaje recibido.
3. La actitud fue favorable en la mayoría del grupo de estudio, mostrado principalmente en la no discriminación a las personas con VIH/SIDA, y una actitud desfavorable al uso del condón durante las relaciones sexuales.
4. La práctica fue mala, encontrando que a pesar de que en su mayoría cuenta con información al menos básica del VIH, no utilizan las medidas preventivas.

XI.- Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

- Fortalecer estrategias con el Ministerio de Educación y otras organizaciones que fortalezcan la difusión del continuo conocimiento sobre el tema del VIH/SIDA con

mayor énfasis a la población de jóvenes, con información coherente sobre todo en los grados correspondientes a las primeras etapas de la Adolescencia.

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

A los Sistemas Locales de Salud: (SILAIS) Estelí:

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

A las Redes Comunitarias:

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

A los medios de Comunicación:

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

XII.- Referencias Bibliográficas

2016 *Situación del VIH en Centroamérica*

2017 *INFORME SOBRE EL VIH EN NICARAGUA* Managua El 19 Digital NP315130617.

2017 *Prevención de la infección por VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe* Washington, D.C.

Vida sana *Los jóvenes europeos saben poco sobre VIH*

Alberto villaseñor-Sierra, R. C.-H.-S.-p. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo del VIH/SIDA como predictor del uso de condones en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 2-7.

Aldo Lozano, T. T. (2017). Conceptos culturales de VIH/Sida en estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Rev.latinoam*, 762.

CONSIDA, C. N. (2012). *Situación de ITS, VIH y Sida en Nicaragua*. Managua.

Cruz, L. M. (2013). *Estudio de índice de estigma y discriminación en Nicaragua*. Managua. Managua: ONUSIDA.

enfermedades, C. c. (2016). *VIH en los Estados Unidos, resumen*. Atlanta.

Harrison. (2017). *Infecciones por VIH SIDA* (19 ed., Vol. 19). México D.F., México: S.A.

Mendoza, J. P. (2008). Salud sexual y reproductiva de los adolscentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Revista Cubana obstetricia y Ginecología*, 34(2).

MINSA. (2013). *Manual de Consejería para el abordaje de VIH*. Managua: MINSA.

OMS *Organización Mundial de la Salud*

OMS. (2019). *Salud de adolescentes*. (OMS, Editor) Obtenido de Organización Munidal de la Salud: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/

OMS. (12 de 02 de 2019). *VIH OMS*. (O. M. Salud, Editor, & O. M. Salud, Productor) Obtenido de VIH OMS: https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

ONUSIDA 2015 *Situación de la epidemia de VIH en América Latina en 2014*

ONUSIDA. (2018). *EL VIH EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*. Whashington, D.C. USA.

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). (2018). *Informe Mundial sobre VIH / SIDA*. Ginebra, Suiza: O.M.S.

Sánchez-Meneses, M., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar* 2015;22(2):35-38., 22(2):35-38.

SEIMC. (s.f.). *Pruebas de diagnóstico serológico de la infección por VIH*. Obtenido de SEIMC:
<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/vihrev.pdf>

UNICEF. (2018). Un futuro en el que todos los niños y sus familias estén protegidos de la infección por el VIH y vivan libres del sida. *Vih SIDA*.

UNICEFUNICEF

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). WOMEN:AT THE HEART OF THE HIV RESPONSE FOR CHILDREN. *United Nations Children's Fund (UNICEF)*, 122.