

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



**Tesis Monográfica para Optar al Título de
Doctor en Medicina y Cirugía**

**Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5°
de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Distrito V, Municipio de
Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de
Noviembre de 2015**

AUTORAS:

Astrid Virginia Jirón Huembes.

Karen Leonor Molina López.

TUTOR: Dr. José Francisco Reyes Ramírez.

Profesor Titular, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua.

Managua, Enero 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi padre Wilfredo Jirón Arguello, la persona que me enseñó a ser quien soy y a quien le debo todos mis logros personales, quien a pesar de no poder acompañarme físicamente el día de hoy, era una de sus más grandes ilusiones poder verme cumplir esta meta, gracias por estar siempre guiándome y cuidándome desde el cielo, esto es para usted.

Astrid Virginia Jirón

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios sobre todas las cosas, por ayudarme durante todos estos años, le agradezco por todo lo que he logrado hasta el día de hoy.

Dedico este trabajo también a mi madre María Auxiliadora López por haberme apoyado todo este tiempo, por no dejar de creer en que puedo lograr las metas que me proponga.

Karen Molina López

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi pilar, mi guía, quien me dio la fuerza para salir adelante y la fe para creer en mí, por ser el ejemplo de amor más grande en este mundo.

A mis padres Wilfredo Jirón y Ruth Huembés por todo el amor y el apoyo que me han dado desde el inicio, por todos sus sacrificios, por confiar en mí y estar conmigo en todo momento.

A mi esposo y a mi hijo por ser mi felicidad y quienes me impulsan a lograr mis metas.

Astrid Virginia Jirón

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a Dios por la sabiduría, por ser mi fortaleza para lograr todas mis metas y quien cumple los anhelos de mi corazón.

A mi madre por ser mi guía, mi apoyo incondicional, por sus oraciones, amor, paciencia y por sus sacrificios, gracias a Ella hoy alcanzo el sueño que empecé hace unos años, del cual hoy me siento muy orgullosa.

A mi familia por ser mi apoyo en todos los momentos.

Karen Molina López

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Distrito V, Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015, realizado por las Bachilleres Karen Leonor Molina López y Astrid Virginia Jirón Huembes, 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 e incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, y con especial énfasis en el VIH/SIDA, son algunos ejemplos de los problemas que enfrentan los adolescentes, determinado por un pobre proceso de educación sexual y reproductiva desde los primeros años del desarrollo.

La prevalencia de la Infección del VIH-SIDA sigue siendo un problema grave en los países en vías del desarrollo y la morbimortalidad por esta patología tiene su principal efecto en los jóvenes y adolescentes en la mayor parte del mundo.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática desarrollará 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 las Bachilleres Karen Leonor Molina López y Astrid Virginia Jirón Huembes, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología rigida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a las Bachilleres Karen Leonor Molina López y Astrid Virginia Jirón Huembes, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

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 357 adolescentes estudiantes del Cuarto y Quinto Año de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, aplicándose una encuesta dirigida a los adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH-SIDA.

De los 357 estudiantes encuestados el 53.8% correspondió al grupo de 14 a 16 años y 46.2% al grupo de edad de 17 a 19 años. Respecto al sexo, el 52.1% correspondió al sexo femenino, y el 47.9% al masculino. Según el estado civil predominó el soltero con un 86.3%, Acompañados el 8.4%, y solamente un 5.3% se encontraban casados.

En cuanto a la religión, los adolescentes en estudio en 38.1% profesaban la religión católica y un 47.9% la evangélica, 14.0% pertenecían a otras entidades religiosas. En la escolaridad encontramos que el 61.1% cursaba 4to año y un 38.9 % 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-----	11
ANTECEDENTES-----	14
JUSTIFICACION-----	17
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	19
OBJETIVOS-----	20
MARCO TEORICO-----	21

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS----- 51

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	62
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	71
CONCLUSIONES-----	76
RECOMENDACIONES-----	77

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA-----78

CAPITULO V. ANEXOS-----80

INTRODUCCIÓN

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

En el año de 1998, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), impulsa la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes, como estrategia para tratar de controlar la epidemia ya que se identificó, que más del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años. (14)

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición, donde su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y esto facilita el hecho de desarrollar actividades dentro del proceso de experimentación, lo que los lleva a confrontar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro.

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.

Por otra parte en su mayoría las personas jóvenes tienen solo un conocimiento limitado sobre VIH/SIDA, en gran parte por que la sociedad no les facilita la obtención de información.

El SIDA en Nicaragua desde el año 1987, donde fue reportado el primer caso en el país, la epidemia se ha caracterizado por mantener un bajo nivel de casos de acuerdo a los reportes del Ministerio de Salud. Es el país centroamericano donde se manifestó más tardíamente. Se menciona que a la fecha no se logrado diagnosticar todos los casos, basado en un subregistro de la información.

Nicaragua se caracteriza por tener una pirámide poblacional de base ancha donde predominan los grupos atareos correspondientes a niños y adolescentes, es importante por tanto prestar atención a las diversas problemáticas que aquejan a este grupo de edad.

La adolescencia aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA, en la adolescencia se tiene un patrón de comportamiento impredecible, falta el discernimiento para apreciar las consecuencias adversas de sus actos.

Para los jóvenes, los riesgos de presentar el VIH/SIDA puede ser difícil de comprender. Como el VIH/SIDA tiene un largo periodo de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas.

Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales de prevenir la infección por VIH/SIDA, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes. Además, muchos jóvenes no están enterados de qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado. Aún si reconocen el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos creen que ellos mismos son invulnerables.

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

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

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

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

ANTECEDENTES

En Colombia (2003), se realizó un estudio en el que se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA, en adolescentes entre los 14 y 19 años, para las cuales se utilizaron encuestas. De la muestra tomada, 412 estudiantes, 46.4% eran mujeres y 53.6% hombres. La edad promedio fue de 16.2 años. Se encontró que 15% de los adolescentes encuestados presentó conocimientos muy buenos sobre VIH/SIDA, y en el polo opuesto, los conocimientos del 8.5% son malos, calificándose como bueno los conocimientos en un 43.7%. Además se concluyó que los principales medios a través de los cuales los adolescentes han recibido información sobre el SIDA son la escuela, la televisión y la familia. (1)

Un estudio realizado en Perú (2005) donde se encuestaron 399 escolares, 223 (55,9%) fueron mujeres, 32 (8%). Los hombres tuvieron mayor conocimiento que las mujeres sobre el VIH/SIDA. Los resultados del estudio, muestran que la mayoría de los adolescentes conocen sobre el VIH-SIDA, principalmente en conceptos que se orientan hacia las formas de transmisión del virus, situación que concuerda con estudios realizados en México y Cuba. (2)

Un estudio en Venezuela (2007), en un grupo de adolescentes en la Capital de Venezuela. Se seleccionaron 450 jóvenes con edades comprendidas entre 11 a 25 años. Se mostró que el 55,5 % de encuestados pertenecían al sexo femenino y el 44,5 % al masculino. El 88.4% de adolescentes ya habían experimentado sus primeras relaciones sexuales. De forma general el 72,2% de los adolescentes encuestados, tanto varones como hembras, refirió no recibir ninguna información sobre infecciones de transmisión sexual. Los resultados mostraron que sólo el 26,2 % del total de adolescentes obtuvo evaluación de bien en cuanto a conocimientos sobre VIH/SIDA, el 45,7% estuvo en el rango de regular y 28 % codificó en el de malo. (3)

En Colombia (2008) se estudiaron a 329 estudiantes de dos unidades educativas públicas. Donde un 40,9 % de los estudiantes tienen un nivel de conocimiento “bueno”, 51,9 % “regular” y 7,2 % “deficiente”. En relación al sexo, un alto porcentaje (67,1 %) de las mujeres presenta un nivel de conocimiento “bueno”, pero por otro lado los varones representan el porcentaje mayor (73,3 %) de nivel de conocimiento “deficiente”. (4)

En Paraguay, en el 2008, se evaluó los conocimientos en adolescentes en Paraguay acerca del vih sida, realizado en 6 colegios destaco que El 52% correspondió al sexo masculino y el 48% al femenino. La edad media fue de 16 años. Rango 14-25 años. La edad hasta 19 años fue el 95%, en dicho estudio se concluyó que los jóvenes muestran escasos conocimientos, prácticas inadecuadas de prevención y por consiguiente riesgo de adquirir la infección por VIH, destacando que existe escasa información sobre la epidemia en el Paraguay y que la escuela es la fuente de información más importante sobre VIH/ SIDA. (5)

Un estudio realizado en Cuba (2009), donde se evaluó los conocimientos y actitudes de 128 adolescentes, de los cuales el 62,5% correspondió al sexo masculino, con relación a la edad el 51,5% de los participantes en el estudio correspondió a edades entre 17 y 19 años. Se apreció que el 100% de los encuestados refirió tener información sobre el VIH/sida. (6)

En México (2006), se realizó un estudio acerca de los conocimientos en población adolescente sobre VIH/SIDA, mediante cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes en edades comprendidas entre 15 a 19 años de edad, tantos hombres como mujeres. Los autores refirieron que un 94,9% de los informantes y las informantes indicaron haber escuchado algo sobre el Sida. Así también dieron a conocer que la Radio la Televisión y el Internet fueron la mayor fuente de información. (7)

En el año 2009 en el Hospital Alemán Nicaragüense, se realizó un estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico, enfermería y laboratorio, para el cual tomaron una muestra de 69 personas, mediante preguntas de ficha. Calificaron los

conocimientos como: bueno, regular y deficiente, así mismo sus actitudes. En dicho estudio predominó el sexo femenino con el 70%, los resultados fueron calificados de bueno en un 24%, 66% regular y 9% malo. (8)

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, esto significa el 42% de las personas infectadas recientemente, condicionada por factores socioculturales, económicos y de bajo nivel de escolaridad.(9)

Los Adolescentes se desarrollan dentro de las etapas más críticas del ser humano, exponiéndolos a múltiples factores agresivos, entre los cuales se presentan embarazos no deseados, drogas e infecciones de transmisión sexual, donde sobresale la infección por VIH SIDA.

La promoción de comportamientos responsables, basados en conocimientos objetivos y reales son uno de los principales factores que han venido a contener un poco la pandemia en la lucha contra el VIH/SIDA, en la actualidad sólo es posible enfrentarla desde edades tempranas, encaminados a transformar positivamente las situaciones sociales que generan riesgos para la salud.

Esta situación se hace más grave en países en vías de desarrollo, ya que los fenómenos de bajo nivel de escolaridad, así como el difícil acceso a una información actualizada, provoca un comportamiento de mayor desarrollo del proceso de la morbimortalidad de la enfermedad, condicionado también por bajos ingresos económicos familiares, siempre han sido relacionados a esta problemática.

En base al planteamiento anterior el presente estudio pretende recabar información actualizada acerca del Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre VIH/SIDA, en el Instituto Público 14 de Septiembre, lo que ayudará a evaluar y valorar las diferentes políticas, la información oportuna, la participación de los Adolescentes durante este proceso, el manejo y el acceso a la información que tienen los adolescentes en la temática del VIH/SIDA.

Esto desarrollará además una mejor coordinación de las diferentes organizaciones que impulsan el trabajo con los Adolescentes en el campo de la Salud Sexual y Reproductiva, en cada uno de los niveles participantes.

Esta experiencia fortalecerá también el punto de vista acerca de la Educación Sexual que reciben los jóvenes desde sus primeros años y tratará de motivar a los miembros de la familia para que de forma más activa apoyen a estos jóvenes a consolidar e impulsar una sexualidad objetiva y responsable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Datos del año 2007 (ONUSIDA) reportó que 10,3 millones de jóvenes de 15-24 años están viviendo con el VIH/SIDA, actualmente más de la mitad de los casos se encuentra dentro de este grupo de edad. (10)

El VIH/SIDA, ha evolucionado de forma continua su incremento en la población joven de todo el mundo, incluyendo nuestro país, y debido a su gran vulnerabilidad, es que se hace de gran importancia el estudio de esta enfermedad.

Los países afectados desarrollan directamente afectación en las condiciones socioeconómicas, debido al alto índice de morbilidad en la población económicamente activa.

El conocimiento sobre la enfermedad, la actitud y práctica de la población adolescente es la base fundamental para desarrollar conductas de riesgo que hasta el momento es uno de los factores más importantes en el mantenimiento de la epidemia.

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

Debido a lo antes señalado nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Distrito V, Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Distrito V, Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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

MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA

La adolescencia, es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez, para muchos jóvenes la adolescencia es un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

No hay teorías fáciles con que podamos definir a todos los adolescentes, ni las explicaciones que se dan de su comportamiento nos bastaran para comprenderlos. Se dice que es una etapa de transición ya que es la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto, en cierto sentido, la adolescencia ha venido a ser una etapa del desarrollo humano con naturaleza propia, distinta de las demás, un periodo de transición entre la niñez y adultez, sin embargo, si solo se define como la terminación de la niñez por un lado y el principio de la edad adulta por otro, el concepto adolescencia y para el adolescente mismo.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, periodo típico entre la niñez y la adultez. Este periodo empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto.

Sin embargo al igual que sucede con todas las etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos, por ejemplo, la fisiología de la pubertad es un conjunto muy complejo de fenómenos, que incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales, y la aparición repentina de las características primarias y secundarias del sexo al igual que las reacciones psicológicas a estos cambios. No todos

estos cambios fisiológicos tienen una elevada correlación, ni las reacciones psicológicas de ellas son idénticas o igualmente intensas en todos los individuos.

Duración de la adolescencia

Este periodo comprende entre el final de la infancia y el principio de la edad adulta. Suele comenzar a los 12 y 14 años en la mujer y en el hombre respectivamente y termina a los 21. En esta etapa se experimenta cambios que se dan a escala social social, sexual, física y psicológica

Desarrollo sexual del adolescente

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o tienen información acerca de los métodos de control de natalidad a los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas están aumentando.

Identidad sexual

La orientación sexual del adolescente, al margen de las prácticas que puedan haber existido inicialmente, puede dirigirse hacia personal del mismo sexo del propio sexo o hacia actividades sexuales peculiares. La homosexualidad no es una enfermedad ni un vicio, sino una particular orientación del deseo ante la que hay que dejar de lado todo el prejuicio moralizante y toda idea preconcebida.

La relación sexual, en el ser humano, no se limita a un comportamiento encaminado a la reproducción sino que pone en juego un profundo intercambio de deseos y peculiaridades individualidades. Durante la adolescencia, el deseo sexual de los jóvenes puede verse afectado por tendencias particulares (fetichismo, sadismo, masoquismo), exactamente como sucede con los adultos.

Al analizar la sexualidad de los jóvenes durante la adolescencia hay que referirse, casi siempre, a prácticas más que tendencias. Su verdadera definición sexual puede discurrir por causas muy distintas a determinadas conductas específicas que de forma ocasional puedan aparecer. Nada está consolidado en ellos ni nada es aún definitivo.

Las glándulas endocrinas y el hipotálamo.

Una glándula endocrina es una glándula que secreta hormonas internamente. Las hormonas pueden llegar a cada célula del cuerpo toda vez que son secretadas al torrente sanguíneo. Sin embargo, cada hormona tiene órganos objetivos a los que instruye sobre lo que deben hacer y cuando deben actuar.

La glándula hipófisis se localiza en la base del cerebro. Se le identifica principalmente como la glándula maestra que produce hormonas que regulan el crecimiento. Las hormonas gonadotrofinas son secretadas por la glándula hipófisis y tienen influencia sobre las gónadas o glándulas sexuales. Hay dos hormonas gonadotróficas, la hormona folículo estimulante y la hormona luteinizante, que estimulan el crecimiento de los óvulos en los ovarios y del esperma en los testículos.

La hormona del crecimiento, afecta el crecimiento total y el modelamiento del esqueleto. La deficiencia en esta hormona provoca enanismo, mientras que el exceso causa gigantismo.

La glándula hipófisis también secreta una hormona lactogénica, la luteotrófica, que contiene la hormona prolactina, que influye en la secreción de leche por las glándulas mamarias.

Las gónadas.

Las gónadas, glándulas sexuales, son los ovarios en la mujer y los testículos en los hombres. Los ovarios secretan un grupo de hormonas conocido como estrógenos, que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales y de las características secundarias femeninas. También secretan progesterona, hormona que se produce después del desprendimiento del óvulo del folículo ovárico. La progesterona es de principal importancia en la preparación del útero para el embarazo y para su mantenimiento.

En el varón los testículos comienzan la producción de la hormona androgénica testosterona. Ésta hormona es responsable del desarrollo de los órganos sexuales masculinos. Las secreciones hipofisarias de las hormonas folículo estimulante y luteinizante estimulan la producción y crecimiento de las células espermáticas. La testosterona también es responsable del desarrollo y preservación de las características sexuales secundarias masculinas.

Las glándulas adrenales y el hipotálamo.

Se localizan justo por encima de los riñones. En la mujer producen bajos niveles de andrógenos (las hormonas sexuales masculinizantes) y de estrógenos (las hormonas sexuales feminizantes).

Aunque las glándulas adrenales secretan en el hombre tanto andrógenos como estrógenos, producen mayores cantidades de los primeros. El hipotálamo es una pequeña área del cerebro que controla la motivación emoción, placer y dolor en el cuerpo y regula funciones como la lactancia, el embarazo, los ciclos menstruales, la producción de hormonas, la ingestión de líquidos, la alimentación, la respuesta y conducta sexual.

El hipotálamo tiene gran importancia en la producción y regulación hormonal, produce una sustancia química llamada hormona liberadora de gonadotrofina que controla la producción y liberación de la hormona folículo estimulante y de la hormona luteinizante.

Maduración Y funciones de los órganos sexuales.

En el hombre:

Los principales órganos sexuales masculinos son el pene, escroto, testículos, próstata, vesículas seminales, epidídimo, glándulas de Cowper, uretra y conductos deferentes. Durante la adolescencia ocurren cambios importantes en esos órganos. Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante más rápido después de la edad de 13 años y medio para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan una y media veces su tamaño y su aproximadamente ocho y media veces su peso. El pene dobla su tamaño y su diámetro durante la adolescencia, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutralizan la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del espermatozoide. Este fluido aparece en la apertura de la uretra durante la excitación sexual y antes de la eyaculación.

El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras.

El proceso total de espermatogénesis, desde el momento en que se forma el espermatogonio primitivo hasta que se convierte en un espermatozoide maduro.

Los muchachos adolescentes pueden preocuparse por poluciones nocturnas, conocidas como sueños húmedos, dichas experiencias son normales, no ocasionan daño alguno y pueden ser aceptadas como parte de su sexualidad.

En la mujer:

Los principales órganos sexuales internos femeninos son la vagina, las trompas de Falopio, el útero y los ovarios. Los órganos sexuales femeninos externos son la vulva, el clítoris, los labios mayores, los labios menores, el monte de venus y el vestíbulo, podemos mencionar también el himen que es el pliegue de tejido que cierra parcialmente la vagina de la mujer virgen.

En la pubertad, aumenta la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolin empiezan a secretar sus fluidos.

Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente durante la adolescencia al igual que los labios menores y el clítoris. El monte de venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el período que va de los 10 a los 18 años. Los ovarios incrementan notoriamente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta los 8 años, cierta aceleración desde los 8 años hasta el momento de la ovulación (12 a 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente este es el resultado de la maduración de los folículos, cada niña nace con aproximadamente 400.000 folículos en cada ovario. Para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80.000 en cada ovario. Por lo general, un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 500 óvulos durante los años reproductivos de la mujer.

Cambios físicos del adolescente

Los cambios biológicos que señalan el fin de la niñez incluyen el crecimiento repentino del adolescente, el comienzo de la menstruación del adolescente, el comienzo de la

menstruación de las mujeres, la presencia de semen en la orina de los varones, la maduración de los órganos sexuales primarios (los que se relacionan directamente con la reproducción) y el desarrollo de las características sexuales secundarias (señales fisiológicas de la madurez sexual que no involucran en forma directa a los órganos reproductores).

Pubertad:

Es el proceso que lleva a la madurez sexual, cuando una persona es capaz de reproducirse; algunas personas utilizan el término pubertad para indicar el fin de la maduración sexual y el de pubescencia para referirse al proceso.

La pubertad tarda casi 4 años y comienza alrededor de 2 años antes que en las niñas que en los muchachos. En promedio, las niñas comienzan a mostrar el cambio de este período hacia los 9 ó 10 años de edad y llegan a la madurez sexual hacia los 13 ó 14. Sin embargo, las niñas normales pueden presentar las primeras señales a los 7 años o después de los 14, llegando a la madurez sexual a los 9 ó 16. La edad promedio para que los chicos entre en la pubertad es a los 12, alcanzando su madurez sexual a los 14, sin embargo los niños normales pueden comenzar a manifestar sus cambios a los 9 años ó a los 16 y llegan a la madurez a los 11 ó 18.

Los cambios físicos del adolescente siguen una secuencia que es mucho más consistente, que su aparición real, aunque este orden varíe en cierta forma de una persona a otra.

El comienzo de la pubertad:

La pubertad comienza cuando, en algún comienzo determinado biológicamente, la glándula pituitaria de una persona joven envía un mensaje a las glándulas sexuales, las cuales empiezan a segregar hormonas. Este momento preciso esta regulando aparentemente por la interacción de los genes, la salud del individuo y el ambiente; también puede relacionarse con un nivel de peso crítico. La pubertad entonces, se representa como respuesta a los

cambios en el sistema hormonal del cuerpo, los cuales se activan ante una señal psicológica. Su respuesta en una niña es que en los ovarios empiezan a producir una gran cantidad de hormonas femeninas llamadas estrógenos, y en el muchacho los testículos comienzan la producción llamada andrógenos. Hacia los 7 años de edad los niveles de estas hormonas sexuales comienzan a aumentar, poniendo en movimiento los eventos que identifican la pubertad. El estrógeno estimula el crecimiento de los genitales femeninos y el desarrollo de los senos, mientras que el andrógeno estimula el crecimiento de los genitales masculinos y el vello corporal.

Las hormonas están estrechamente relacionadas con las emociones en especial con la agresión en los muchachos y la agresión y depresión en las niñas. Algunos investigadores atribuyen la creciente emocionalidad y cambio en el estado de ánimo de la adolescencia temprana a las hormonas, pero es necesario acordar que en los seres humanos la influencia social se combina con las hormonas y puede predominar. Aunque existe una relación bien establecida entre la producción de las hormonas testosterona y la sexualidad, los adolescentes comienzan la actividad sexual más de acuerdo con lo que sus amigos hacen que lo que sus glándulas producen. A estos parámetros del comienzo de la pubertad le podemos agregar la relación entre el estrés y la pubertad; pues la forma como el desarrollo físico, cognoscitivo y de la personalidad influyen entre sí.

Las niñas que discuten más con sus madres maduran más rápido físicamente que tienen relación más tranquila; es posible que un vínculo afectivo muy estrecho pueda ser estresante y que ese estrés pueda afectar las secreciones hormonales que rigen la pubertad.

La tendencia secular:

Es una tendencia para alcanzar la estatura de adulto, y la madurez sexual a una edad más temprana. Una tendencia secular solamente puede observarse a través de varias operaciones. Esta tendencia, que influye aumento de estatura y el peso en la edad adulta, comenzó hace cerca de cien años y se ha presentado en USA, Europa occidental y Japón, pero aparentemente no en algunas otras naciones.

La explicación más obvia es que los niños son más saludables, están mejor nutridos y reciben mejor cuidado para madurar más temprano y crecer más saludables, están mejor nutridos y reciben mejor cuidado para madurar más temprano y crecer más; esta explicación tiene el respaldo de la evidencia: la edad de la madurez sexual se presenta más tarde en las naciones menos desarrolladas que las industrializadas. La tendencia secular parece haber llegado a su fin, al menos en Estados Unidos, quizás como un reflejo de estándares de vidas más elevados en la mayor parte de segmentos de la población. Resulta evidente que la edad de la madurez sexual ha llegado a algún límite determinado genéticamente y es posible que se reduzca más en el futuro por una mejor nutrición.

El crecimiento repentino del adolescente:

Es el aumento evidente en la estatura y peso que por lo general comienza en las niñas entre los 9 y 14 años. En general dura cerca de 2 años y poco después que el crecimiento repentino termina, el joven alcanza su madurez sexual. En ambos sexos el crecimiento súbito del adolescente afecta prácticamente todas las dimensiones esqueléticas y musculares, incluso los ojos crecen produciendo un aumento en la miopía durante este período. Estos cambios son mayores en los varones que en las niñas y siguen su propio cronograma, de modo que las partes del cuerpo están fuera de proporción por un tiempo.

Características sexuales primarias:

Las características sexuales primarias son todas aquellas en el cual está la presencia de los órganos necesarios para la reproducción; como lo son:

En mujeres:

Ovarios

Trompas de Falopio

Útero

Vagina

En hombres:

Testículos

Pene

Escroto

Vesículas seminales

Próstata

El principal signo de la madurez sexual en las niñas es la menstruación, en los varones, la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y escroto y el principal signo de madurez sexual es la presencia de semen en la orina, siendo éste fértil tan pronto exista la evidencia de esperma. A menudo en la pubertad los varones se despiertan con una mancha húmeda o seca durante su estadía en la cama: emisión nocturna ó eyaculación involuntaria de semen que por lo regular se conoce como sueño húmedo.

Características sexuales secundarias:

Las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores. Incluye el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en el varón, etc.

En mujeres:

Senos

Vello púbico

Vello axilar

Cambios en la voz

Cambios en la piel

Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.

Presencia de la menstruación.

En hombres:

Vello púbico

Vello axilar

Vello facial

Cambios en la voz

Cambios en la piel

Ensanchamiento de los hombros

Presencia del semen

La menarquia:

Es el signo más evidente de la madurez sexual de una niña; es la primera menstruación. La menarquia se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino. Aunque en muchas culturas la menarquia se toma como una señal del paso de niña a mujer, los primeros períodos menstruales no incluyen la ovulación; sin embargo como en ocasiones la ovulación y la concepción se puede presentar en otros primeros meses, las niñas que han comenzado a menstruar y si mantienen relaciones sexuales pueden quedar embarazadas.

Cambios psicológicos en el adolescente

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traicionan; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras. No sabemos porque la maduración comienza cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cuál es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a

crear responsabilidad en cada joven, lo que hace temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.

Maduración temprana o tardía en los varones:

Una investigación ha encontrado que los varones que maduran rápido son equilibrados, calmados, amables, populares entre sus compañeros, presentan tendencias de liderazgo y son menos impulsivos que quienes maduran tarde. Existen aspectos a favor y en contra de ambas situaciones; a los muchachos les agrada madurar pronto y quienes lo hacen parecen beneficiarse en su autoestima, al ser más musculosos que los chicos que maduran tarde, son más fuertes y tienen mejor desempeño en los deportes y una imagen corporal más favorable. Sin embargo la maduración temprana tiene complicaciones porque elige que los muchachos actúen con la madurez que aparentan. Quienes maduran más tarde pueden ser o actuar durante más tiempo como niños, pero también pueden beneficiarse de un tiempo de niñez más largo.

Maduración temprana o tardía de las niñas:

A las niñas no les gusta madurar pronto; por lo general son más felices sin no maduran rápido ni después que sus compañeras, las niñas que maduran pronto tienden a ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más extrovertidas, tímidas y tienen una expresión negativa acerca de la menarquia. En general los efectos de la maduración temprana o tardía tienen mejor probabilidad de ser negativos cuando los adolescentes son muy diferentes de sus compañeros bien sea porque están mucho o menos desarrollados que las otras. Estas niñas pueden reaccionar ante el interés de las demás personas acerca de su sexualidad, por consiguiente los adultos pueden tratar a una niña que madura pronto con más rigidez y desaprobación.

Interés por la apariencia física:

La mayoría de los adolescentes se interesan más en su aspecto que en cualquier otro asunto de sí mismos, y a muchos no les agrada lo que ven cuando se ven en el espejo. Los varones quieren ser altos, anchos de espalda y atlético; las niñas quieren ser lindas, delgadas, pero con formas, y con una piel y un cabello hermoso, cualquier cosa que haga que los muchachos atraigan al sexo opuesto. Los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, su complexión y rasgos faciales, lo que trae como consecuencia biológica y hasta trastornos psicológicos la aparición del desorden en la salud como desnutrición, descuido del peso (falta de autoestima) anorexia, bulimia y hasta abuso de alcohol, drogas y otros vicios. Las chicas tienden a ser menos felices con su aspecto que los varones de la misma edad, sin duda por la gran énfasis cultural sobre los atributos físicos de las mujeres.

Modalidades de satisfacción

A menudo, durante la adolescencia, aparecen conjunta o separadamente prácticas sexuales que serán luego abandonadas. Nada está aún consolidado en estos momentos, y la aparición de conductas homosexuales, por ejemplo, no implica una definitiva orientación hacia la homosexualidad.

Dentro de las modalidades de satisfacción encontramos tres: la masturbación, las prácticas homosexuales y las heterosexuales. Es tan conveniente como necesario citarlas todas y atender cada una de ellas. No es raro que durante este período se presenten, conjunta o separadamente, prácticas que luego serán abandonadas.

Reténgase que se está hablando de prácticas y no de tendencias. En la conducta sexual adolescente nada está aún consolidado, nada puede considerarse definitivo y, sobre todo, excluyente. La satisfacción sexual es como mínimo algo difícil de conseguir en esta época de la vida, pero al mismo tiempo es también lo que plantea más imperiosas exigencias.

De la aparición saltuaria o intempestiva de conductas homosexuales, por ejemplo, no puede deducirse una definitiva orientación del deseo hacia la homosexualidad. En todo caso, es necesario considerar, ante todo, que no es la conducta manifestada sino los hitos de la evolución psicoafectiva infantil aquello que marca de forma indeleble la preferencia de cada individuo hacia tal o cual objeto de satisfacción sexual.

La masturbación durante la adolescencia.

Las satisfacciones auto eróticas han sido, durante siglos, condenada desde numerosas actitudes ideológicas que obviaron, o mejor dicho, se cuidaron mucho de dejar claro lo más evidente: la masturbación es una forma sencilla de satisfacción sexual y no produce absolutamente ningún prejuicio al sujeto, hombre o mujer, que la práctica. En esta modalidad sexual, la satisfacción queda limitada al orgasmo producido por la manipulación de los genitales, con la decisiva participación de unas fantasías eróticas. Toda persona que se masturba sabe que el placer que de ello obtiene es distinto al que produce la relación con otra persona. Ni mejor ni peor, simplemente distinto. Y no es cierto que ambas formas de satisfacción se excluyan mutuamente, sino que, al contrario, los fantasmas eróticos (que habitualmente tematizan las demás formas de satisfacción no auto erótica) sirven de acicate para un deseo que, por definición, va más allá de uno mismo.

La masturbación es con frecuencia la única forma de satisfacción sexual a la que puede recurrir el adolescente, que –no está de más recordarlo- es una persona particularmente afectada por la virulencia de los deseos y las emociones. No debe ser alentada, pero tampoco prohibida, y nunca los jóvenes deben ser atemorizados con el catálogo que falsamente se le atribuyen.

Las prácticas homosexuales.

En general, se trata sólo de una precipitación irreflexiva y apasionada hacia la satisfacción inmediata, propiciada por ciertas situaciones de privación (internación prolongada en

centros escolares, militares o carcelarios; prohibición rotunda del acercamiento al otro sexo) en las que los deseos repetidamente insatisfechos se exageran.

Los varones recurren a veces a la masturbación mutua, colectiva, o a formas de coito interfemoral. Nunca o casi nunca a la penetración anal. Se trata de puras pruebas de fuerza y audacia ante la transgresión que comete, amparadas en el liderazgo de otros y en el apoyo del grupo. Al mismo tiempo, son circunstancias que obran a modo de iniciación simbólica del joven a un placer que va más allá de sí mismo.

Las mujeres sucumben en ocasiones a la seducción producida por una amistad intensa y apasionada, donde el contacto físico aparece como prueba final de afecto mutuo cuya conquista se torna indispensable. También entre las chicas la práctica más frecuente es la masturbación mutua, las caricias y los frotamientos que obran como iniciación de la adolescente al placer sexual.

Lo importante es que se trata de sucesos irrelevantes para la orientación sexual de sus protagonistas, que discurre por caminos distintos y que no será modificada por una experiencia homosexual aislada. Los jóvenes que, a través de estas experiencias, descubran en sí mismos tendencias latentes hacia las personas de su propio sexo, no por ello hubieran dejado de percibirlo más tarde, en su vida sexual ulterior.

El fracaso reiterado de una (o varias) relaciones amorosas propicia a veces el consuelo en una apasionada amistad homosexual, donde lo sexual -insistimos- es tan solo una pequeña parte de lo que está en juego.

Las prácticas heterosexuales.

La práctica heterosexual es hoy algo normal entre los adolescentes de ambos sexos. Las relaciones prematrimoniales no sólo son aceptadas socialmente, sino incluso recomendadas por la mayoría de los especialistas. Y no puede ser de otro modo: El proceso

de aprendizaje del joven adulto no puede dejar de lado precisamente aquel campo en el que más inseguro se siente y del que todavía, en la práctica, nada sabe.

Si bien el nerviosismo y la ansiedad que indefectiblemente acompañaban estas primeras experiencias de iniciación pueden entorpecerlas o hacerlas fracasar en el plano del placer, nada habrá de traumático en la decepción inicial. El adolescente podrá explicarse racionalmente los motivos del eventual fracaso y de esta forma encauzar su ansiedad. El adolescente que haya recibido la necesaria información sobre los aspectos teóricos, prácticos y de las relaciones sexuales tiene bagaje de conocimientos y la madurez necesarias para que sus primeras prácticas heterosexuales sean, para él y su pareja, algo satisfactorio. Los adolescentes deben ser capaces de confrontarla presión que reciben de su propio deseo con la realidad de la experiencia, sin la carga de ansiedad suplementaria que reciben de la ignorancia, de los sentimientos de culpa o del miedo al castigo. Y sin ser instigados por una conducta de despecho hacia la prohibición misma.

Desarrollo social

El desarrollo social del adolescente empieza a manifestarse desde temprana edad, cuando en su infancia (podemos decir a partir de los 10 años) empieza a pertenecer a pequeñas pandillas con la única finalidad de jugar y de hacer travesuras. A medida que se va desarrollando empieza a ver otras inquietudes a la hora de elegir a un amigo es electivo tienen que tener las mismas inquietudes, ideales y a veces hasta condiciones económicas; el grupo es heterogéneo compuesto de ambos sexos ya no es como anteriormente mencionamos las pandillas que en su mayoría eran homogéneas esto la mayoría de sus veces trae como consecuencia la mutua atracción, gustarse el varón y la niña empieza con sus tácticas amorosas pero esto lo hablaremos en el desarrollo sexual más ampliado.

El grupo adolescente se inicia sólo con dos el adolescente y el amigo precisamente el paso de un grupo al otro se caracteriza porque el muchacho ya no se interesa por las aventuras de

pandilla a la que siempre ha pertenecido y busca la soledad; se asocia a un compañero, nada más que a uno; así inicia el grupo puberal.

La crítica y los sentimientos trágicos son la fuente de una conversación en dos adolescentes; hablan de las muchachas, de los paseos y fiesta de los conflictos con los padres o depresiones. Estas conversaciones están llenas de resentimientos imprecisos y son la fuente de verdaderas críticas normativas. Esas conversaciones sirven para dejar salir sus preocupaciones y dar descanso a los estados trágicos.

A veces las amistades en la adolescencia son pasajeras esto se debe como anteriormente menciona vemos que ellos se unen por ser semejantes pero a medida que pasa el tiempo sus intereses van cambiando, pronto su sentido social los lleva a extender el número de miembros. Ahora bien, todos los adolescentes pasan por lo mismo estado psíquicos. Cuando la amistad está formada por dos muchachos cuya situación conflictiva con el mundo es grave el lazo de unión lleva a una fuerte dosis de resentimiento, todo gira en torno a actos de transgresión que llamaremos conducta antisocial.

El resentimiento puede ser explotado para arrojar a los jóvenes a cualquier tipo de lucha. Las actividades del adolescente tienen también como objetivo el olvido, el instinto de mostrar que el alma de los puberal se carga de sentimiento dolorosos, triste, y que únicamente en esa época de la vida se tiene complacencia del dolor, mediante sus tramitaciones en placer. El adolescente no es un ser esencialmente alegre en consecuencia el adolescente gusta de esto placeres como bailar, asistir a paseos ir al cine para mantenerse alegre pero cuando vuelven a la soledad, la tónica dominante no es precisamente la alegría.

Desarrollo de la personalidad

La adolescencia es, si se quiere una etapa muy delicada y clave en el desarrollo de la personalidad que va a regir la vida del adulto, su desarrollo social, emocional y desenvolvimiento positivo en la sociedad. Según algunos autores, se creía, que el temperamento y el carácter, integrantes principales de la imagen corporal estaban

determinados biológicamente y venían predicados por la información general. La imagen corporal adquiere mayor importancia cuando el adolescente se encuentra en grupos que dan demasiada importancia a los atributos físicos tanto del varón como la hembra, o cuando en su entorno familiar o social se burlan de cualquiera de sus características físicas, estatura, contextura, color, etc.

La imagen corporal se toma más en cuenta en la hembra que en el varón y hasta en algunos casos determinan la profesión escogida.

Pero es necesario hacer hincapié, que aunque la imagen corporal juega un papel en el desarrollo de la personalidad, son factores de mayor importancia el ambiente donde se mueve el joven, la familia y los valores que se mueven a su alrededor y de vital importancia la motivación como el motor que pone a funcionar todas sus acciones hacia el logro de metas trazadas.

Problemas de la adolescencia

Las tensiones internas.

El incremento de la tensión psíquica hasta cotas insospechadas es el primer resultado de la reaparición de deseos inconscientes reprimidos durante infancia. El preadolescente se halla mal preparado para resistir esta tensión, que ocasionalmente se descarga a través de actitudes antes desconocidas. Egoísmo, crueldad, suciedad, o dejadez.

Son comportamientos propios de una primera y más conflictiva etapa de la adolescencia, en la que la tormenta pulsional que se está desatado arrastra pulsiones parciales pre-genitales. (Orales y anales, agresivas y sádicas) que el joven no consigue controlar con eficacia, y para las que busca una satisfacción impostergable.

Disolución de la identidad infantil.

Suponiendo que el niño o la niña hayan crecido bajo un modelo educativo ni demasiado rígido, ni demasiado permisivo (lo que coincide, afortunadamente, con la mayoría de los casos), el periodo de crisis preadolescente, entre los trece y los quince, debe ser superado con éxito.

La disolución de la identidad infantil coincide entonces con el segundo y definitivo final de la crisis edipiana, renovada en parte tras la pubertad. Esto comporta la renovación de la castración sobre las pulsaciones pre-genitales (orales, anales, fálicas) y sobre todos los deseos genitales que tengan algo de incestuoso.

Explicación: son afortunadamente la mayoría los niños y niñas que han crecido bajo un modelo educativo tan distante de la rigidez como de una excesiva permisividad, y esto les va a ser muy útil ahora para superar la crisis de la preadolescencia.

La pre adolescencia aparece tras la pubertad y suele tener una duración máxima de dos o tres años. Esta etapa sumamente conflictiva para los jóvenes y también, por efecto recíproco, para padres y maestros. Son inevitables y frecuentes los problemas escolares, los cambios profundos de carácter, la indolencia, la melancolía y hasta, en determinados individuos y ocasiones, la crueldad y la violencia. Solo la seguridad y la confianza adquirida durante la infancia permitirán al preadolescente concluir airoosamente su desarrollo afectivo.

Ser y tener

La evolución psicoafectiva infantil es distinta para el niño y para la niña -hemos insistido en ello- desde el momento en que descubren las diferencias sexuales anatómicas. Si bien durante la infancia estos procesos paralelos pueden no aparentar divergencias, salvo las que imponen las identificaciones con figuras adultas correspondientes, es precisamente ahora, en la primera adolescencia, cuando los distintos temores que aquejan a uno y otro sexo dan

cuenta retrospectivamente ahora, de las formas de organización psicosexual que siguen los seres humanos.

Explicación: las procuraciones de los varones, durante la adolescencia, se centran sobre todo en poseer –tener- lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad.

Desde el momento en que el niño y la niña descubren las diferencias sexuales anatómicas, su evolución psicoafectiva empieza a descubrir por el cambio diferente. Esta divergencia se pone de manifiesto en los años de la primera adolescencia. Los varones se esfuerzan en "tener" (pene, virilidad, casa, coche), mientras que las mujeres lo hacen en él "ser" (bellas, admiradas).

Los temores masculinos.

Para los jóvenes varones, todas las preocupaciones se centran en los cambios físicos que acaban de sufrir o todavía en curso, en forma de fantasía sobre supuestas malformaciones, defectos o desproporciones que los proveerían de lo que ellos suponen es la esencia de la virilidad. El crecimiento y el desarrollo del pene, los testículos y el vello corporal son el objeto preferencia de su tensión. Cualquier mínima diferencia, real o imaginaria, con los cánones supuestamente normales suscita gran angustia.

El tamaño del pene ha sido todavía hoy una cuestión mal entendida, mitificada por la acción conjunta de una larga y errónea tradición (que enuncia que los que poseen un pene más grande son los "mas" hombres), los efectos de cierta pornografía y la convivencia de muchos adultos que, en su fuero interno, sigue creyendo en tales sandeces.

La desviación del pene en erección, a la derecha o izquierda, son otro tema estadísticamente sobresaliente entre jóvenes, a los que va unido un difuso sentimiento de culpabilidad sobre las prácticas masturbatorias, causa supuesta de la desviación.

Explicación: los temores del adolescente varón apuntan a supuestas malformaciones o defectos en lo que suponen es la esencia de la virilidad: el tamaño del pene en erección. Todo ello inducido o gravado por los sentimientos de la culpabilidad que aparecen como resultado de prácticas o fantasías sexuales prohibidas.

Temores femeninos.

La angustia de las adolescentes no está centralizada. Aunque siga siendo lo físico su motivo principal, todo el cuerpo, en tanto que el objeto investido por el poder de suscitar deseo en el otro, examinado con atención.

El desarrollo del pecho, el tema candente entre las muchachas jóvenes. Hay que buscar también las causas de esta deformación preocupación por el tamaño de los senos en nuestra tradición cultural, que los ha considerado siempre el símbolo privilegiado de feminidad, belleza y excitación sexual.

Un tema sujeto a sólidos prejuicios, afortunadamente en decadencia, es el himen: su presencia o ausencia, su configuración, el supuesto dolor que provoca su desgarramiento y, como no, el papel que se le atribuye en la determinación de la virilidad de la mujer.

Preocupación de la mujer es la menstruación. Este importante proceso, que confirma al ayer niña en su condición de la mujer, suele destacar en sus comienzos cierta dosis de ansiedad, fácilmente cancelable con una información precisa y adecuada.

Explicación: el desarrollo de los senos es el tema candente entre las muchachas jóvenes, preocupadas ante todo por su cuerpo en tanto que objeto investido por el poder de suscitar deseo.

El himen no permite determinar la virilidad en una mujer, y está expuesto además a frecuentes roturas accidentales. La menstruación es el tercer gran tema de preocupaciones

femeninas, y su aspiración suele destacar cierta dosis de ansiedad que una información precisa y adecuada cancelara fácilmente.

Explicación: los adolescentes se sienten desconcertados ante su inminente incorporación al mundo de los adultos. Muchos acontecimientos tienen lugar por primera vez en sus vidas y no todos pueden ser asimilados de inmediato.

El aislamiento en muchos momentos, una necesidad vital para el adolescente, que necesita analizar críticamente su pensamiento y sus emociones.

Los conflictos familiares.

A partir de estos momentos, y hasta que el adolescente haya dejado la niñez definitivamente atrás y adquirido un concepto distinto de la realidad, más adulto, las críticas dirigidas contra los progenitores pueden ser poco menos que incesantes e inspiradas por motivos muy diversos. Al principio son aspectos más superficiales de la cotidianidad los que merecen su desaprobación, pero poco más tarde, a medida que van ampliando la comprensión del entorno social y cultural que le es propio, no dejan de manifestarla ante cuestiones más esenciales o profundas.

Explicación: los primeros conflictos que vive el adolescente con sus familiares afectan a aspectos familiares de la cotidianidad: la forma de vestir y pensar de los padres, sus rutinas, sus costumbres, cuidado de la ropa y la habitación, los horarios, las salidas, etc. (11)

VIH/SIDA

El virus de **la inmunodeficiencia humana (VIH)** ataca el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias y altera su función, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia entraña una

mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como **síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida** y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo del sujeto. El sida se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves.

Signos y síntomas

Los síntomas de la infección por el VIH varían en función del estadio en que se encuentre. Aunque en la mayoría de los casos el pico de infectividad se alcanza en los primeros meses, muchas veces el sujeto ignora que es portador hasta que alcanza fases más avanzadas. En las primeras semanas que siguen al contagio, las personas a veces no manifiestan ningún síntoma, y otras presentan una afección de tipo gripal, con fiebre, cefalea, erupción o dolor de garganta.

A medida que la infección va debilitando su sistema inmunitario, el sujeto puede presentar otros signos y síntomas, como inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. En ausencia de tratamiento podrían aparecer también enfermedades graves como tuberculosis, meningitis por criptococos o diversos tipos de cáncer, por ejemplo linfomas o sarcoma de Kaposi, entre otros.

Transmisión

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse a resultas de contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas.

Factores de riesgo

Hay ciertos comportamientos y afecciones que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos:

- practicar coito anal o vaginal sin protección;
- padecer alguna otra infección de transmisión sexual como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- compartir agujas o jeringuillas contaminadas, soluciones de droga u otro material infeccioso para consumir drogas inyectables;
- recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen corte o perforación con instrumental no esterilizado;
- pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario.

Diagnóstico

Las pruebas de detección del VIH revelan si hay infección por la presencia o ausencia en la sangre de anticuerpos contra el virus. El sistema inmunitario genera anticuerpos para luchar contra agentes patógenos externos. La mayoría de las personas pasan por un "periodo silente", generalmente de entre 3 y 6 semanas, durante el cual los anticuerpos contra el virus se están fabricando y aún no son detectables. Esta primera etapa es el momento de mayor infectividad, aunque la transmisión puede producirse en todos los estadios de la infección. En caso de posible exposición, conviene confirmar los resultados de la prueba de detección repitiéndola al cabo de seis semanas, esto es, una vez transcurrido el tiempo suficiente para que las personas infectadas generen anticuerpos.

Asesoramiento y pruebas de detección

Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización de pruebas obligatorias o bajo coacción, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un miembro de la familia, es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos.

Todos los servicios de asesoramiento y pruebas de detección deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS: consentimiento informado, confidencialidad, facilitación de orientación (o asesoramiento), garantía de que los resultados de la prueba son correctos, y vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios.

Prevención

Las personas pueden reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. Los principales métodos para prevenir el contagio, a menudo utilizados de manera combinada, incluyen los que siguen:

1. Uso de preservativos

El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85% o más contra la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

2. Pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS

La realización de pruebas de detección del VIH y otras ITS está altamente recomendada para todas las personas expuestas a cualquiera de los factores de riesgo, de modo que puedan conocer su estado y, llegado el caso, acceder sin demora a los oportunos servicios de prevención y tratamiento. La OMS también recomienda ofrecer pruebas de detección para el/la compañero/a sexual o para parejas.

2. Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico

La circuncisión masculina, cuando corre a cargo de personal sanitario cualificado, reduce en aproximadamente un 60% el riesgo de que un hombre resulte infectado por el VIH al mantener relaciones sexuales heterosexuales. Se trata de una intervención

fundamental en contextos de epidemia generalizada con alta prevalencia del VIH e índices bajos de circuncisión masculina.

4. Prevención basada en el uso de antirretrovíricos

Uso del tratamiento antirretrovírico como método de prevención

Según ha confirmado un ensayo realizado en fecha reciente, cuando una persona VIH-positiva sigue un régimen terapéutico eficaz con antirretrovíricos, el riesgo de que transmita el virus a una pareja sexual no infectada se puede reducir en un 96%. En el caso de las parejas en que una de las personas es VIH-positiva y otra VIH-negativa, la OMS recomienda administrar tratamiento antirretrovírico a la persona infectada, con independencia de su recuento de células CD4.

Profilaxis pre exposición para la pareja VIH-negativa

Los ensayos realizados entre parejas ser discordantes han demostrado que el consumo de antirretrovírico por el sujeto VIH-negativo puede ser una medida eficaz para prevenir el contagio por el sujeto seropositivo. Es lo que se conoce como profilaxis pre exposición.

La OMS recomienda que los países apliquen proyectos piloto sobre la profilaxis pre exposición para las parejas ser discordantes y los hombres y mujeres transexuales que tengan relaciones sexuales con hombres antes de adoptar una decisión sobre la ampliación de esta intervención.

Profilaxis pos exposición al VIH consiste en tomar antirretrovírico, dentro de las 72 horas siguientes a la exposición al VIH para prevenir la infección. Este método suele recomendarse cuando un profesional sanitario se pincha con una aguja en el lugar de trabajo. La profilaxis pos exposición incluye servicios de asesoramiento, primeros auxilios, pruebas de detección del VIH y, dependiendo del nivel de riesgo, la administración de terapia antirretrovírico durante 28 días junto con atención complementaria.

5. Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que se inyectan drogas pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando material estéril, en particular agujas y jeringuillas, para cada inyección. Los paquetes integrales de medidas de prevención y tratamiento de la infección por el VIH, incluyen los componentes siguientes:

- acceso a agujas y jeringuillas desinfectadas;
- tratamiento de sustitución de opiáceos para los consumidores de drogas (y otras intervenciones de tratamiento de la drogodependencia basadas en criterios científicos);
- asesoramiento y pruebas de detección del VIH;
- tratamiento contra el VIH y atención a los infectados;
- acceso a preservativos y tratamiento de las ITS, la tuberculosis y la hepatitis vírica.

6. Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

La transmisión del VIH de una madre seropositiva a su hijo(a) durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o el amamantamiento se denomina transmisión vertical o materno infantil. En ausencia de cualquier tipo de intervención, las tasas de transmisión oscilan entre un 15% y un 45%. Es posible prevenir casi totalmente esta clase de transmisión administrando antirretrovírico tanto a la madre como al niño, y ello en todas las etapas en que pudiera producirse la infección.

La OMS recomienda una serie de medidas de prevención de la transmisión vertical, que incluyen la administración, tanto a la madre como a su hijo, de antirretrovírico durante el embarazo, el parto y el puerperio o, en la mujer embarazada seropositiva, incluso de por vida, con independencia de su recuento de células CD4. En 2013 se publicarán nuevas directrices para la prevención de la transmisión vertical.

En 2011 el 56% de los aproximadamente 1,5 millones de embarazadas infectadas por el VIH que viven en países de ingresos bajos o medios recibieron antirretrovírico eficaces para evitar la transmisión a sus hijos, frente al 48% en 2010.

Tratamiento

El VIH se puede combatir mediante una poli terapia que comprenda tres o más antirretrovírico. Aunque no cura la infección por VIH, este tipo de tratamiento controla la replicación del virus dentro del organismo del sujeto y contribuye a fortalecer su sistema inmunitario, restableciendo así su capacidad para combatir infecciones. El tratamiento antirretrovírico permite a las personas afectadas por el VIH llevar una vida sana y productiva. (12)

Los Adolescentes y el VIH/SIDA

Hoy en día los adolescentes de ambos sexos confrontan un riesgo serio de infección por el VIH, que a su vez causa el SIDA. El SIDA es una enfermedad crónica y en la mayoría de los casos es mortal. A pesar de que existe un mayor entendimiento y consciencia, la infección del VIH es una amenaza seria para los adolescentes heterosexuales tanto como para los homosexuales. Cuando los adolescentes se toman ciertos riesgos, es más probable que se contagien con el VIH y que desarrollen el SIDA.

En la actualidad, más de dos millones de jóvenes de entre 10 y 19 años están infectados por el VIH. Con ocasión del Día Mundial del Sida 2013 (1 de diciembre), la OMS ha resaltado la necesidad urgente de adaptar mejor los servicios de lucha contra el VIH a los adolescentes.

Las tasas de mortalidad entre los adolescentes con VIH no están disminuyendo en la misma medida que en otros grupos de población. Aunque el número total de defunciones relacionadas con el VIH se redujo en un 30% entre 2005 y 2012, las

muerres ocasionadas por el virus entre los adolescentes aumentaron en un 50% durante el mismo periodo.

Según el Ministerio de Salud, 11% son adolescentes, niños y niñas. De estos mismos datos, se observa que tres de cuatro mujeres de 15 a 49 años, conoce las tres formas de prevención de la transmisión sexual del VIH en conjunto: La abstinencia sexual, la fidelidad y el uso de condones en todas las relaciones sexuales.

CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)

¿Qué es un conocimiento?

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

¿Qué es una actitud?

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

¿Qué es un comportamiento?

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

¿Qué es una práctica?

Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados, son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción.

¿Qué es y para qué sirve el análisis CAP?

El análisis CAP es una herramienta de análisis de comportamientos. Se utiliza tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de un proyecto. La utilidad del CAP radica en que, si se quiere promover el desarrollo en las comunidades, el enfoque en comportamientos debe ser un eje que acompañe todo el proceso, tanto en el diagnóstico como en la planificación, permite analizar comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar, permite entender porque la gente hace lo que hace, permite evaluar la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe sirve para mejorar el impacto de las medidas del proyecto, p.ej. en el desarrollo productivo, el desarrollo de capacidades, el desarrollo organizacional de la comunidad y debe ser por ello un eje transversal del proyecto. (13)

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de Estudio.

Descriptivo, de corte transversal.

Universo.

El Universo del estudio estuvo constituido por 1010 Adolescentes matriculados en el Nivel de Secundaria, de acuerdo a datos de matrícula estudiantil proporcionada por la Dirección del Instituto Público 14 de Septiembre, del Distrito V, Municipio de Managua, Departamento de Managua, durante el año escolar 2015.

Muestra.

La muestra estuvo conformada por 357 Adolescentes (35.3%) que se encuentran matriculados en el 4° y 5° año de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre durante el año 2015, y que representan el 35.3% del Universo. 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 Público 14 de Septiembre, 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

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.	4° año 5° año	Secundaria
Estado civil	Condición del encuestado con los derechos y obligaciones civiles.	Estado conyugal de la persona.	Soltero Acompañado
Religión	Conjunto de creencias, dogmas, prácticas y rituales sobre un ser divino.	Práctica religiosa aceptada por la persona.	Católico Evangélico Otra
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 aspectos relacionados al VIH/SIDA	Puntuación según test determinado por encuesta realizada	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al uso del condón	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al uso del condón.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert:	Desfavorable favorable
Actitud respecto a las relaciones sexuales de riesgo	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto a las relaciones sexuales de riesgo.	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Actitud respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Predisposición a reaccionar de manera favorable o no respecto al rechazo hacia las personas enfermas de SIDA	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Desfavorable Favorable
Nivel de 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 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.

Se procedió a un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 05 profesionales especialistas y que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Enfermeras, Psicólogas, Policías 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 Público 14 de Septiembre. 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 solicita los datos socio demográfico del adolescente.

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

Luego se realizaron 48 preguntas de conocimientos sobre VIH/SIDA a los adolescentes en estudio; en las cuales 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 corresponde a la escala de Likert, pero en este caso se modificó a valores de 1 a 3 puntos.

Para una actitud favorable: 31 – 48 puntos.

Desfavorable: 16- 30 puntos.

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

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

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

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 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 utilizamos el Programa SPSS 20.0.

PLAN DE ANALISIS

La información obtenida se resumió 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 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.
6. Nivel de actitudes versus nivel de prácticas.

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

RESULTADOS

En el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes de IV Y V año del instituto público 14 de septiembre en el departamento de Managua en el periodo del 1 de septiembre al 30 de noviembre del 2015 se encontraron los siguientes resultados.

En datos generales de los estudiantes (cuadro no. 1), la edad se registró de 14 a 16 años en un 53.8% (192 estudiantes), y de 17 a 19 años 46.2% (165), de los cuales 47.9% (171) fueron de sexo masculino y 52.1% (186) de sexo femenino.

El estado civil mostro que el 86.3% (308) estudiantes estaban solteros, 8.4% (30) acompañados, y 5.3% (19) estaban casados.

En cuanto a la religión 47.9% (136) eran evangélicos, 38.1% (136) eran católicos y 14% (50) profesaban otras religiones.

La escolaridad estaba representada por estudiantes que cursaban IV año de secundaria, 61.1% (218) y V año de secundaria 38.9% (139).

En relación a los conocimientos generales sobre VIH SIDA (cuadro no. 2) encontramos que la respuesta de los estudiantes a que el SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida el 90.2% (322) respondieron sí, 5.9% (21) respondieron no y el 3.9% (14) respondieron no saber.

A la pregunta de VIH significa virus de inmunodeficiencia humana 96% (343) respondieron si, 2%(7) respondieron no, y 2% (7) respondieron no saber. Se les preguntó si el VIH SIDA se cura en la mayoría de los casos, a lo que los estudiantes contestaron 10.1% (36) si, 86% (307) no, y el 3.9% (14) no sabían la respuesta.

Ante la pregunta: cuando una persona tiene VIH SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja, los estudiantes respondieron 88% (314) si, 3.9%(14) no, y el 8.1% (29) no sabían la respuesta.

En el conocimiento acerca de si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH SIDA 65.8% (235) respondieron si, 24.1 % (86) respondieron no y el 10.1 % (36) respondieron no saber.

Ante la pregunta el VIH SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua 92.2% (329) respondieron si, 3.9%(14) no, y el 3.9% (14) no sabían la respuesta. Acerca de que el VIH tiene cura el 18.2% (65) de los estudiantes respondieron si, 75.9%(271) respondieron no y el 5.9%(21) no sabían la respuesta.

Referente a que el VIH SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, 94.1% (336) respondieron si, 3.9%(14) no, y el 2% (7) no sabían la respuesta. Ante la afirmación “Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensa contra las enfermedades”, el 29.9%(107) respondieron si, el 29.9% (107) respondieron no, y el 40.2% (143) respondieron no saber la respuesta.

Se les preguntó si las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas, los estudiantes contestaron 53.8% (192) si, 10.1% (36) no y 36.1% (129) no sabían la respuesta.

Referente a que el SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen sus respuestas fueron si 94.7 % (338), no 3.9% (14) y solo el 1.4 % (5) no sabían la respuesta. En cuanto a que el SIDA se puede curar si se diagnostica pronto ellos contestaron si en el 33.9 % (121), no en el 36.1 % (129) y no sabían la respuesta el 30 % (107).

En cuanto a los conocimientos sobre la forma de transmisión del VIH SIDA (cuadro No.3) se les preguntó que si es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada a lo que respondieron si 94.1% (336), no 3.9% (14) y no sabían la respuesta 2% (7). En cuanto a que las personas con muchas parejas tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH SIDA 95.2% (340) respondieron si, 2.8% (10) respondieron no y 2%(7) respondieron no saber.

Referente a que se puede contagiarse de VIH SIDA por compartir agujas o jeringas 92.7% (331) respondieron si, 5.9% (21) respondieron no y el 1.4% (5) no supieron la respuesta.

Ante el cuestionamiento de que el VIH SIDA se transmite por mala higiene personal el 24.1 % (86) respondieron si, 47.9% (171) respondieron no y el 28 % (100) no supieron la respuesta.

Se les pregunto a los estudiantes si el no uso de preservativos en una relación sexual es una forma de transmisión 59% (214) contestaron si, 8.2% (29) contestaron no y el 31.9 % (114) no supieron la respuesta.

Ante la afirmación “una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas” su respuesta fue: 63.9% (228) si, 14 % (50) no, y el 22.1 % (79) dijeron no saber la respuesta.

En cuanto a que una madre con VIH SIDA puede transmitirlo a su bebé durante el parto y durante el periodo de lactancia, los estudiantes contestaron si 80.1 % (286), no 14% (50) y no supieron la respuesta el 5.9 % (21).

Se les cuestiono acerca de que el VIH SIDA es una enfermedad que sólo les da a homosexuales el 5.9% (21) respondieron si, el 86% (307) respondieron no y el 8.1 % (29) no supieron la respuesta.

Ante la transmisión del VIH SIDA por besos, saliva o lagrimas 8.1% (29) respondieron si, 72% (257) respondieron no y el 19.9% (71) respondieron no saber la respuesta. En cuanto a que si el VIH SIDA se puede adquirir por sentarse en la taza del inodoro que haya sido ocupada previamente por una persona enferma de VIH SIDA ellos contestaron si en el 19.9% (71), no 58% (207) y 22.1% (79) no sabían la respuesta.

En cuanto a los conocimientos sobre el diagnostico de VIH SIDA (cuadro no.4), se les pregunto si se diagnostica ¿por lo que usted observa? Contestaron si 24.1 % (86), no 50.1%

(179) y no sabían 25.8 % (92). A la pregunta por lo que le dice algún amigo o conocido ellos contestaron si 14% (50), no 63.9% (228) y el 22.1 % (79) respondieron no saber la respuesta.

Ante la afirmación de que el diagnóstico es por lo que refiere el médico o cualquier profesional de salud al examinarlo el 77.9% (278) respondieron si, el 5.9 % (21) respondieron no y el 16.2 % (58) no sabían la respuesta. En cuanto a que el diagnóstico es por el resultado del laboratorio 88% (314) respondieron si, 3.9%(14) respondieron no y el 8.1% (29) no sabían la respuesta.

En relación a los conocimientos sobre el VIH SIDA (cuadro no.5) se les pregunto si ellos mismo se darían el tratamiento el 26.1%(93) respondieron si, el 63.9% (228) respondieron no, y el 10% (36) no supieron la respuesta. En cuanto a si tomarían medicamentos recomendados por amigos y familiares 12% (43) respondieron si, 74% (264) respondieron no, y el 14 % (50) respondieron no saber la respuesta.

Acerca de que si acudirían a un curandero 15.9 % (57) dijeron si, 68.2% (243) dijeron no, y el 15.9% (57) no sabían la respuesta. Se les cuestionó si tomarían medicamentos indicados por el medico a lo que el 96% (343) respondieron si, el 2% (7) respondieron no y 2%(7) respondieron no saber.

En relación a los conocimientos sobre signos y síntomas del VIH SIDA (cuadro No.6) los principales signos y síntomas que los estudiantes conocían era la fiebre en un 58%(207) , picazón en la región genital 76% (271), pérdida de peso 68.1%(243), diarrea 38.1% (136) , vómitos 52.1% (186) , dolor de cabeza 47.9% (171), escalofríos 40% (143), verrugas 66.1% (236) , salida de pus a través de sus partes íntimas 63.9% (228), úlceras en partes íntimas 56%(200), y ganglios en la ingle 58% (207).

Con respecto a conocimiento sobre medidas de prevención (cuadro No. 7) , las principales afirmadas fueron : no teniendo relaciones sexuales 42%(150), teniendo una sola pareja 70% (250), no usando drogas sobre las venas 46% (164) , reduciendo el número de parejas

sexuales 64.1% (229) , usando condón 86% (307), practicando sexo oral 17.9% (64), eyacular fuera de la pareja 36.1 % (129), masturbándose 14% (50) no usando baño público 38.1 % (136) , no usando jeringa contaminada 63.9% (228)

En cuanto a la actitud ante el uso de condón (cuadro No. 8), los estudiantes estuvieron de acuerdo en un 23.5% (84) a que el preservativo disminuye el placer sexual, en cambio el 21.3% (76) lo pusieron en duda y el 55.2% (197) estuvieron en desacuerdo. 11.8 (42) estuvieron de acuerdo a que es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando, en cambio el 66.6% (238) estuvieron en desacuerdo. El 22.1 % (79) estuvieron de acuerdo a que les daría mucha vergüenza comprar un condón, En cambio 54.4% (194) estuvieron en desacuerdo, ante la actitud de que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene el 38.1 % (136) estuvieron de acuerdo, el 56.1% (200) estuvieron en desacuerdo, y el 5.8% (21) estuvieron de acuerdo. El 88.2 % (315) estuvieron en desacuerdo a que debe evitarse el uso del preservativo porque va en contra de la religión, en cambio el 8.4 (30) sí estuvieron de acuerdo.

En relación a la actitud ante las relaciones sexuales de riesgo (cuadro No. 9), se les preguntó que si una persona a su edad debía tener relaciones sexuales con diferentes parejas, el 86.3% (308) estuvieron en desacuerdo, para la pregunta que si no tenían relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH el 89.1% (318) estuvieron de acuerdo.

En relación a su actitud ante las personas portadoras del VIH SIDA (cuadro No. 10), el 24.4% (87) estuvieron de acuerdo en que rechazarían a alguien que tenga VIH SIDA, en cambio el 69.5 % (248) estuvieron en desacuerdo y sólo el 6.1% (22) dudaron. Se les cuestionó si tratarían como una persona normal a alguien con VIH SIDA para lo que respondieron estar de acuerdo el 66.4 % (237) y en desacuerdo 21.3% (76).

En cuanto a las prácticas de riesgo (cuadro No 11) se les cuestionó si habían utilizado algún tipo de droga inyectada y sólo el 1.5% (5) lo afirmaron, se les preguntó si tenían tatuajes y el 43.7% (156) respondieron sí, y el 56.3% (201) respondieron no, en cuanto a si

practicaban la fidelidad el 38.9% respondieron que sí, y el 61.1% (218) respondieron no. El 82.4% (294) no acostumbran a portar siempre un condón en su billetera o mochila y sólo el 17.6% (63) dijeron si acostumbrar.

En cuanto a la pregunta ¿has tenido relaciones sexuales? (cuadro No.12 A) el 38.6% (138) respondieron sí, y el 61.4 % (219) afirmaron No.

A los estudiantes que afirmaron haber tenido relaciones sexuales se les preguntó la edad de inicio de las relaciones sexuales (cuadro No.12B) a lo que contestaron 10-11 años 2.2% (3), 12-13 años el 4.3% (6), 14-15 años 80.4% (111), de 16 a 17 años 10.2 % (14), 18-19 2.9% (4).

Así mismo a los que afirmaron haber tenido relaciones sexuales se les preguntó si usaban condón en las relaciones sexuales (cuadro 12 C), para lo que contestaron 18.8% (26) dijeron siempre usar, el 68.1% (94) casi siempre 68.1% (94) y el 13.1 % (18) afirmaron nunca usar condón, también se les preguntó si tenían relaciones sexuales con otra persona además de su pareja (cuadro No.12 D) y el 52.2 % (72) dijeron si y el 47.8 % (66) dijeron no. En cuanto al número de personas con las que habían tenido relaciones sexuales (cuadro No.12 E) respondieron 1 el 25.3% (35), 2 el 56.5 % (78), y de 3 a más el 18.2 % (25).

Referente a los medios masivos de información sobre VIH SIDA (cuadro No.13) refirieron la televisión en un 97.4 % (348) , internet 60.2% (215), revistas y Brochures 80.9% (289) , radio 68.9% (246), libros 32.2%(115), en cuanto a las personas con quienes habían hablado sobre VIH SIDA (cuadro No.14) los estudiantes respondieron amigos 85.1% (304), novio(a) 82.9% (296), maestros 60.7% (217) médicos 41.7 % (149) , hermanos 47.3 % (169), madre 89.9% (321), padre 90.7% (324), sacerdotes 4.2% (15), esposo(a) 5.4 % (19). En referencia a los lugares donde han escuchado hablar sobre VIH SIDA (cuadro No.15) respondieron escuelas 77.5% (277), calle 80.9% (289), iglesias 30.2 % (108), casas 77.3% (276), unidades de salud 84.3% (301) bares 8.9% (32).

En cuanto al nivel de conocimiento sobre VIH SIDA (cuadro No.16) fue bueno en el 67.8 % (242), regular 23.5% (84), malo 8.7% (31). En referencia al nivel de actitud sobre VIH SIDA (cuadro No.17) fue favorable en el 73.9 % (264), desfavorables en el 26.1 % (93).

Acerca del nivel de prácticas sobre VIH SIDA (cuadro No. 18), se encontró buena en el 11 % (39), regular 18.1% (65), mala 70.9 % (253).

En cuanto al nivel de conocimiento versus nivel de actitud (cuadro No.19) se encontró un nivel de conocimiento bueno y un nivel de actitud favorable en el 73.6% (178), nivel de conocimiento bueno y actitud desfavorable 26.4% (64), se encontró nivel de conocimiento regular y nivel de actitud favorable en el 73.8% (62) y nivel de conocimiento malo y actitud favorable en el 77.4 % (24).

En referencia al nivel de conocimiento versus nivel de prácticas en los adolescentes (cuadro No.20) se encontró un nivel de conocimiento bueno con una práctica buena en el 7.4 % (18), con una práctica regular en el 17.8% (43) y un nivel de practica malo en el 74.8 % (181). Así mismo se encontró un nivel de conocimiento malo con una práctica buena en el 35.4% (11), y con practica mala el 51.6% (16) y con una práctica regular el 13 % (4).

En relación a las características sociodemográficas versus nivel de conocimiento en los adolescentes (cuadro No.21) encontramos que entre las edades de 14 a 16 años, el nivel de conocimiento fue bueno en el 69.3% (133), regular en el 24.5 % (47) y malo en el 6.2% (12). Entre las edades de 17 a 19 años el nivel de conocimiento fue bueno en el 66.1 % (109), regular 22.4% (37) y malo 11.5 % (19).

En cuanto al sexo masculino su nivel de conocimiento fue bueno en el 69% (118), regular 21% (36), y malo 10% (17). El sexo femenino tuvo conocimiento bueno en el 66.7% (124), regular en el 25.8% (48) y malo el 7.5% (14). Los estudiantes solteros tuvieron conocimientos buenos el 73.4 % (226), regular el 24.3%(75) y malo el 2.3% (7), a diferencia de los que se encontraban en estado civil acompañados que fue bueno en el 30% (9), regular 23.3 % (7) y malo 46.7 % (14). Los estudiantes casados obtuvieron conocimiento bueno el 36.8% (7), regular el 10.5 % (2), y malo el 52.7% (10). Respecto a la religión los que afirmaron ser católicos obtuvieron conocimiento bueno el 82.3% (112), regular el 12.5 % (17) y malo 5.2% (7), los que afirmaron ser evangélicos obtuvieron conocimiento bueno el 63.2 % (108), regular el 33.3 % (57) y malo el 3.5 % (6). Los que afirmaron profesar otras religiones obtuvieron nivel de conocimiento bueno el 44%(22) y malo el 36 % (18).

Si nos referimos a la escolaridad IV año obtuvo conocimiento bueno en el 64.7 % (141) y malo 9.6% (21) en cambio los de V año con conocimientos buenos fueron el 72.7% (101) y conocimiento malo el 7.2 % (10).

Respecto a las características sociodemográficas versus nivel de actitud (cuadro No.22) encontramos que en el rango de edad de 14 a 16 años el nivel de actitud fue favorable en el 61.5% (118), y desfavorable en el 38.5 % (74) , de 17 a 19 años su nivel de actitud fue favorable en el 88.5 % (146) y desfavorable en el 11.5 % (19) . El sexo masculino obtuvo un nivel de actitud favorable en el 88.9 % (152) y desfavorable el 11.1% (19), el sexo femenino obtuvo un nivel de actitud favorable en el 60.2 % (112) y desfavorable en el 39.8 % (74). Los estudiantes solteros obtuvieron un nivel de actitud favorable en el 79.5 % (245), los que se encontraban acompañados obtuvieron un nivel de actitud favorable en el 40% (12), en cambio los casados su nivel de actitud favorable fue de 36.8 % (7).

Los que profesaban la religión católica tuvieron un nivel de actitud favorable en el 61 % (83), los que profesaron ser evangélicos su nivel de actitud fue favorable en el 83.6 % (143), en cambio los que profesaban otras religiones tuvieron un nivel de actitud favorable en el 76 % (38), en cuanto a la escolaridad los de IV año de secundaria obtuvieron un nivel de actitud favorable en el 65.1 % (142), en cambio fue favorable en los de V año en el 87.8 % (122).

En referencia a las características sociodemográficas versus el nivel de prácticas en los adolescentes (cuadro No.23), en el rango de 14 a 16 años sus prácticas fueron buenas en el 9.4% (18) y malas en el 67.2 % (129), a diferencia de rango de edad entre 17 a 19 años quienes obtuvieron un nivel de practica buena en el 12.7 % (21) y mala en el 75.2% (124). En el sexo masculino las practicas fueron buenas en el 9.4% (16) y malas en el 77.2 % (132), el sexo femenino obtuvo practicas buenas en el 12.3 % (23) y mala el 65.1 % (121). Los estudiantes solteros tuvieron practicas buenas en 9.1 % (28) y malas el 73.4 % (226), los estudiantes que se encontraban acompañados tenían practicas buenas el 20% (6) y malas el 66.7 % (20) los estudiantes casados tenían un nivel de prácticas bueno el 26.4% (5) y mala el 36.8% (7), en cuanto a la religión los estudiantes católicos con buenas practicas

fueron el 16.2 %(22) y malas el 65.5 % (89) , los evangélicos tenían practicas buenas el 5.3 %(9) y mala el 88.9% (152). IV año de secundaria obtuvo practicas buenas el 14.2 % (31) y mala 62.4% (136), los de V año obtuvieron practicas buenas el 5.8% (8) y mala 84.2% (117)

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

“El futuro de la epidemia del VIH está en manos de los jóvenes, porque los comportamientos que desarrollen ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinaran la evolución de la epidemia en las próximas décadas. Continuaran aprendiendo unos de otros, pero su comportamiento dependerá en gran parte de la información, los impactos sociales y los servicios con los que la generación actual dote a sus hijos”. Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.)

Es innegable que los procesos de aprendizaje, sobre todo los correspondientes a los primeros años de vida y al periodo adolescente dejan huellas a nivel sensorial, emocional y cognitivo. Un joven carente de estímulos adecuados, con ausencia de funciones maternas y/o paternas que orienten conducta, no tendrán facilitado un ordenamiento psíquico acorde a las exigencias relacionales entre el yo y el medio. Estas acciones que obligan al adolescente desde el medio a acomodarse, modular sus impulsos y sus actos, promoviendo cambios a nivel cerebral, psíquico e intelectual.

El comportamiento actual de la sociedad, donde el proceso de violencia, la incapacidad para tolerar la frustración y el predominio del “quiero ya” han generado personalidades incapaces de pensar por sí mismas y sostener a las generaciones más jóvenes. La sociedad necesita conexiones afectivas que posibiliten anticipar el mañana, supervisar acciones futuras y fundamentalmente inhibir aquello que solo condena a la extinción.

Nicaragua presenta un comportamiento clínico epidemiológico sobre el VIH-SIDA, en donde su mayor prevalencia está concentrado sobre todo en hombres y mujeres heterosexuales, con predominio del sexo femenino, agravado por un marco de violencia familiar, agudizado además por factores socioculturales, que provoca conductas de riesgos de nuestra población, y cuyo punto más alto se desarrolla en la adolescencia. Por lo menos

más de la mitad de los nuevos casos para los próximos años se calcula se presenten en jóvenes menores de 24 años.

Estudios de seguimiento por parte de ONUSIDA, advierten que esto solo marca la punta del iceberg, ya que debajo de esa masa de jóvenes existe de por medio, condiciones de pobreza, niveles de educación deficientes y peor aún, los sistemas de salud se vuelven ineficaces para contener la epidemia.

El estudio de la situación de Salud en Adolescentes siempre marca un punto importante en el abordaje de las poblaciones, ya que de alguna manera representa el comportamiento de la sociedad misma alrededor de las condiciones socioeconómicas del país.

Nicaragua presenta una población donde la juventud prevalece, por lo que el enfoque dentro de este grupo siempre marca un punto relevante en el proceso de análisis de la situación epidemiológica del país, estudios como el de ENDESA 2011 han confirmado esta situación.

La prevalencia del sexo femenino, confirmado por diversos estudios realizados en grupos de adolescentes en varias regiones de Nicaragua, han revelado un comportamiento similar, lo que marca una tendencia, debemos recordar que la población femenina de Nicaragua ha mantenido una constante prevalencia en relación a la población general, como lo demuestran los diferentes censos poblacionales realizados en el País, por otro lado los adolescentes varones abandonan los estudios para dedicarse al trabajo, donde el asumir responsabilidades de una nueva pareja funcionan como uno de los principales factores.

La gran mayoría eran solteros esto concuerda con las literaturas consultadas, pero llama la atención un pequeño grupo de adolescentes que indicaron estar acompañados (as) que reflejan de forma indirecta el proceso de asumir compromisos por parte de la pareja de Adolescentes, estando de por medio un Embarazo o no.

La vasta mayoría permanece sin información acerca del sexo y de las infecciones transmitidas sexualmente, aunque una gran mayoría han escuchado sobre el VIH/SIDA no saben de forma objetiva cuales son los principales mecanismos de contagio, mucho menos creen estar en riesgo y aquellos que conocen algo acerca del tema no se protegen a sí mismos pues carecen de habilidades o medios para adoptar conductas seguras.

El grupo de jóvenes del presente estudio presentó un buen nivel de conocimientos sobre los aspectos relacionados con el agente causal, sus vías de transmisión más comunes y la forma de diagnosticar la enfermedad, Sin embargo, es constante encontrar en los diferentes estudios (Incluyendo el nuestro) un menor nivel de conocimientos en cuanto a la transmisión de la enfermedad, pero de esa misma manera el grupo asume prácticas de riesgo desarrolladas comúnmente dentro de estos grupos etáreos como: realización de tatuajes, perforaciones o tener relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas.

Se debe tomar en cuenta que el nivel de educación de este estudio fue la secundaria, de acuerdo con la clasificación realizada se encontraron niveles de conocimientos bastante aceptables en relación a la cantidad de Adolescentes de la muestra. Este comportamiento igual que en estudios anteriores demuestran que los jóvenes nicaragüenses se mantienen informados acerca de la temática de salud sexual y reproductiva, pero que al final del camino, no la toman en cuenta, asumiendo prácticas de riesgo que en un futuro cercano conllevan a desarrollar enfermedades y complicaciones producto de este comportamiento.

Se encontró además un grupo importante de adolescentes con vida sexual activa, pero un porcentaje mínimo de ellos afirmo utilizar siempre el condón en las prácticas de su vida sexual, teniendo mejor actitud los de menos edad que los mayores.

Los niveles de conocimientos son buenos, determinado estos las actitudes adecuadas, sin embargo las prácticas inadecuadas quizás estén ligadas a los propios modelos sociales que en Nicaragua todavía prevalece, un dominio del macho y una pobre comunicación entre la pareja adolescente, conlleva a asumir prácticas riesgosas que siempre provocaran y desarrollaran momentos duros en el propio desarrollo de los Adolescentes.

Al igual que en otros estudios los hallazgos de la presente investigación sugieren que los estudiantes de secundaria necesitan la realización de programas de capacitación sobre educación sexual y prevención de la infección por VIH, sobre todo desde las primeras etapas del desarrollo con una participación activa del núcleo familiar que logre un ambiente adecuado donde los conceptos y criterios sobre la sexualidad sean discutidos de forma objetiva.

En las estrategias de educación volcadas a la educación sexual en los adolescentes es importante considerar el entorno en donde el desarrolla el proceso de su vida, que de una forma estratégica pueda ser utilizada para que la información no solamente llegue a sus manos, sino que de forma responsable desarrolle componentes de reflexión de él como sujeto, su pareja, su familia, y sus amigos más cercanos

Los profesionales de la salud y los maestros deben de ser capacitados para que sus intervenciones no se centren en el modelo biológico y puedan iniciar discusiones, superando estigmas, mitos y tabúes con los cuales los propios maestros se formaron, y a la vez estimular reflexiones acerca de la sexualidad en una dimensión socialmente construida contemplando sus perspectivas físicas psicológicas, emocionales, culturales y sociales evitando un reduccionismo biológico con la intención de una promoción integral de salud del adolescente.

Los datos de conducta pueden ayudar a comunidades y a los técnicos del sistema de salud de programas a elaborar programas de iniciativas enfocados en disminuir las actividades de riesgo sobre la transmisión del VIH/Sida, así como señalar comportamientos específicos que necesitan ser modificados, resaltando aquellos que no han tenido cambios como respuesta a los programas preventivos.

El desarrollar intervenciones eficaces en el proceso de la prevención de la epidemia del VIH en nuestro país, logrará que este proceso avance hasta transformarse en una verdadera catástrofe sanitaria, tal como ha ocurrido en otras partes del mundo. Sin embargo a menos

que se tenga conocimiento sobre los comportamientos de riesgos existentes, no será posible respaldar alternativas seguras e importantes.

En la actualidad son pocos los hogares en donde se fomenta una adecuada conducta sexual, se habla de la mayoría de temas de importancia en cuanto a la aceptación social en donde se incluyen temas de delincuencia, drogas, estudios, etc.,. Pero el tema de la vida sexual es dejado en segundo o tercer plano.

Los medios de comunicación son cada vez más importantes en la vida de los jóvenes. En muchos países del mundo representan los principales medios de transmisión informativa y se ha definido que la mejor manera de para estimular buenos hábitos sexuales en los Adolescentes es la promoción del uso de condón como preventivo, así mismo logra el proceso de que los jóvenes se reúnan y dialoguen acerca de sus propias problemáticas que al final estimularan una participación activa y real en el proceso de prevención de la epidemia.

En nuestro país se han difundido diferentes formas y métodos para hacer llegar la información a los jóvenes, en el presente estudio se ha citado la televisión y la radio como medio de comunicación más eficaz, internet y los medios escritos.

La gente es capaz de comprender que la raíz del problema en cuanto a la infección por VIH es el sexo y prácticas peligrosas, adoptando conductas que mejor se adapten a las circunstancias del medio, por esto es responsabilidad de todos ayudar a comprender sus fortalezas, y limitaciones, instando a prácticas de prevención y no promover uno en detrimento de otro.

En fin el tema del VIH/SIDA en adolescentes en cuanto a conocimientos y prácticas es determinante en cuanto al prospecto de adultos en creación y de jóvenes por crear. La condición de esta epidemia e importante problema de salud pública depende de los esfuerzos que como personas adoptemos, pensando en los demás como en nosotros

mismos, poner en claro que todos somos blanco fácil de las ITS al actuar de formas impulsivas y sin razón.

CONCLUSIONES

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

RECOMENDACIONES

- 1.- El Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación y Deportes (MINED) 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 y en general a toda la población, con información más coherente a los grupos de baja escolaridad.

- 2.- Respaldar los 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

BIBLIOGRAFIA

1. Navarro E, Vargas R, Colombia, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados Barranquilla, julio - noviembre de 2003
2. Catacora Lopez F, Villanueva Roque J, Perú 2004 Conocimientos sobre VIH SIDA y prácticas sexuales de escolares en Tacna.
3. Barbarita Porro S, Broche Morera R, Martin Ross D, Caracas 2007, Conocimientos sobre VIH/SIDA por adolescentes de la Parroquia 23 de Enero.
4. Dávila M, Tagliaferro A, Colombia 2008 Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA Rev. salud pública. 10 (5):716-722
5. Benitez Leite S, Corvalan A, Nuñez C, Paraguay 2008, Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (2): 206-217
6. Valdivia Rivero M, Cuba 2009, Conocimientos, Actitudes y prácticas del VIH SIDA en adolescentes de enseñanza politécnica.
7. Lozano Gonzalez A, Mexico 2006, Concepciones Culturales del VIH SIDA de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara
Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 6(2): 739-768, 2008
<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
8. Escobar Montenegro M, Espinoza M, Managua 2009, Conocimientos, actitudes y prácticas de VIH/SIDA en personal médico, enfermería y laboratorio, Hospital Alemán Nicaragüense
9. <http://www.unfpa.org/swop#11>
10. ONUSIDA 2007
11. <http://www.monografias.com/trabajos4/adol/adol.shtml#ixzz3rUPBXmcb>

12. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
13. <http://www.actaf.co.cu/>
14. http://www.unicef.org/lac/Los_jovenes_y_el_VIH-SIDA._Una_oportunidad_en_un_momento_crucial.pdf

ANEXOS



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

Cuestionario con fines investigativos para el estudio titulado:

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre VIH-SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Distrito V, Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015.

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) ____
- 4- Religión: a) Católica ____ b) Evangélica ____ c) Otras ____
- 5- Nivel de Escolaridad: a) 4° año ____ b) 5° año ____

II – CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA.

A. CONOCIMIENTOS GENERALES.

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida			
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana			
3) EL VIH/sida se cura en la mayoría de los casos			
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja			
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del			

VIH/SIDA.			
6) El VIH/sida es un problema de salud importante en Nicaragua			
7) El VIH/SIDA tiene cura			
8) El VIH /SIDA en una enfermedad de transmisión sexual			
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades			
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas			
11) El sida es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen			
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto			

B. FORMAS DE TRANSMISION:

PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1) Es una enfermedad que se transmite a través de un contacto sexual con una persona infectada.			
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.			
3) Se puede 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 D: En duda DS: En desacuerdo

A. ANTE EL USO DEL CONDON.

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

B. ANTE LAS RELACIONES SEXUALES DE RIESGO.

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

C. ANTE LAS PERSONAS PORTADORAS DE VIH/SIDA.

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

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

IV-PRACTICAS EN RELACION AL VIH/SIDA

PRACTICAS DE RIESGO

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 en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Características Sociodemográficas		
Edad	N°	%
14 -16años	192	53.8
17-19 años	165	46.2
Sexo		
Masculino	171	47.9
Femenino	186	52.1
Estado civil		
Soltero (a)	308	86.3
Acompañado (a)	30	8.4
Casado (a)	19	5.3
Religión		
Católica	136	38.1
Evangélica	171	47.9
Otras	50	14.0
Escolaridad		
4° año	218	61.1
5° año	139	38.9

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 2

Conocimientos generales sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Conocimientos Generales sobre VIH/SIDA	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El SIDA significa Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	322	90.2	21	5.9	14	3.9
2) El VIH significa Virus de inmunodeficiencia humana	343	96.0	7	2.0	7	2.0
3) EL VIH/SIDA se cura en la mayoría de los casos	36	10.1	307	86.0	14	3.9
4) Cuando una persona tiene VIH/SIDA y tiene relaciones sexuales sin protección (condón) es necesario dar tratamiento a la pareja	314	88.0	14	3.9	29	8.1
5) Si una persona utiliza correctamente el condón se protege del VIH/SIDA	235	65.8	86	24.1	36	10.1
6) El VIH/SIDA es un problema de salud importante en Nicaragua	329	92.2	14	3.9	14	3.9
7) El VIH/SIDA tiene cura	65	18.2	271	75.9	21	5.9
8) El VIH /SIDA es una enfermedad de transmisión sexual	336	94.1	14	3.9	7	2.0
9) Cuando una persona tiene SIDA no desarrolla defensas contra las enfermedades	107	29.9	107	29.9	143	40.2
10) Las personas que padecen de SIDA comúnmente se ponen delgadas	192	53.8	36	10.1	129	36.1
11) El SIDA es una enfermedad que pone en peligro la vida de las personas que la padecen	338	94.7	14	3.9	5	1.4
12) El SIDA se puede curar si se diagnostica pronto	121	33.9	129	36.1	107	30.0

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 3

Conocimientos sobre formas de transmisión del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n=357

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	336	94.1	14	3.9	7	2.0
2) Las personas con muchas parejas sexuales tienen mayor riesgo de contagiarse de VIH/SIDA.	340	95.2	10	2.8	7	2.0
3) Se puede contagiar de VIH-SIDA por compartir agujas o jeringuillas.	331	92.7	21	5.9	5	1.4
4) Se transmite por mala higiene personal	86	24.1	171	47.9	100	28.0
5) No uso de preservativos en una relación sexual	214	59.9	29	8.2	114	31.9
6) Una persona puede estar infectada por el VIH y no presentar síntomas.	228	63.9	50	14.0	79	22.1
7) Una madre que tiene VIH-SIDA puede transmitirlo a su bebe durante el parto y durante el período de lactancia materna	286	80.1	50	14.0	21	5.9
8) El VIH-SIDA es una enfermedad que solo le da a homosexuales	21	5.9	307	86.0	29	8.1
9) El VIH-SIDA puede transmitirse si dos personas se besan, es decir por saliva o por lagrimas	29	8.1	257	72.0	71	19.9
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	71	19.9	207	58.0	79	22.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 4

Conocimientos sobre el Diagnóstico del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Diagnostico	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) ¿Por lo que usted observa?	86	24.1	179	50.1	92	25.8
2) Por lo que le dice algún amigo o conocido	50	14.0	228	63.9	79	22.1
3) Por lo que le refiere el médico y/o cualquier profesional de la salud al examinarlo	278	77.9	21	5.9	58	16.2
4) Por el resultado de laboratorio	314	88.0	14	3.9	29	8.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 5

Conocimientos sobre el tratamiento del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Tratamiento	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Usted mismo se daría tratamiento	93	26.1	228	63.9	36	10.0
2) Tomaría medicamentos recomendados por amigos o familiares	43	12.0	264	74.0	50	14.0
3) Acudiría a un curandero	57	15.9	243	68.2	57	15.9
4) Tomaría medicamentos indicados por el médico	343	96.0	7	2.0	7	2.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 6

Conocimientos sobre signos y síntomas del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n=357

Signos y Síntomas	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Fiebre	207	58.0	50	14.0	100	28.0
2) Picazón en la región genital	271	76.0	8	2.2	78	21.8
3) Pérdida de peso	243	68.1	43	12.0	71	19.9
4) Diarrea	136	38.1	78	21.8	143	40.1
5) Vómitos	186	52.1	50	14.0	121	33.9
6) Dolor de Cabeza	171	47.9	72	20.2	114	31.9
7) Escalofríos	143	40.0	86	24.1	128	35.9
8) Verrugas (pelotitas en tus partes íntimas)	236	66.1	36	10.1	85	23.8
9) Salida de pus a través de tus partes íntimas	228	63.9	43	12.0	86	24.1
10) úlceras o granos cerca de tus partes	200	56.0	57	16.0	100	28.0
11) Ganglios (secas o mancuernas) en la ingle	207	58.0	36	10.1	114	31.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 7

Conocimientos sobre medidas de prevención del VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Medidas de Prevención	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) No teniendo relaciones sexuales	150	42.0	164	46.0	43	12.0
2) Teniendo una sola pareja	250	70.0	71	19.9	36	10.1
3) No usar drogas por las venas	164	46.0	129	36.1	64	17.9
4) Reducir el número de parejas sexuales	229	64.1	71	19.9	57	16.0
5) Usando condón	307	86.0	14	3.9	36	10.1
6) Practicando sexo oral	64	17.9	186	52.1	107	30.0
7) Eyacular (terminar) fuera de la pareja	129	36.1	121	33.9	107	30.0
8) Masturbándose	50	14.0	171	47.9	136	38.1
9) No usando baños públicos	136	38.1	164	45.9	57	16.0
10) No usar jeringas contaminadas	228	63.9	93	26.1	36	10.0

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Actitud ante el uso del condón en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Actitud ante el uso del condón	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) El preservativo disminuye el placer sexual	84	23.5	76	21.3	197	55.2
2) Es mejor usar el preservativo con personas con las que tienen relaciones de vez en cuando	42	11.8	77	21.6	238	66.6
3) Me daría mucha vergüenza comprar un condón	79	22.1	84	23.5	194	54.4
4) Crees que el condón hace que el hombre pierda la erección del pene	136	38.1	21	5.8	200	56.1
5) Debe de evitarse el uso del preservativo porque va contra la religión	30	8.4	12	3.4	315	88.2
6) Solo los hombres deben portar preservativos	29	8.2	39	10.9	289	80.9
7) Las mujeres que portan preservativos es que han tenido múltiples parejas sexuales	293	82.0	9	2.6	55	15.4

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

D: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 9

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n=357

Actitud ante las relaciones sexuales de riesgo	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Evitar tener relaciones sexuales con amistades casuales	52	14.6	284	79.5	21	5.9
2) Una persona de tu edad debe tener relaciones sexuales con diferentes parejas.	14	3.9	35	9.8	308	86.3
3) No tener relaciones sexuales disminuye el riesgo de contraer VIH/SIDA.	318	89.1	19	5.3	20	5.6
4) Practicando sexo oral con personas que no conoces es una actitud de riesgo ante el VIH/SIDA.	311	87.1	38	10.6	8	2.3
5) Entre más joven tienes relaciones sexuales es mejor	108	30.3	54	15.1	195	54.6
6) Combinar el sexo con el alcohol y las drogas es más placentero	104	56.1	50	14.0	203	56.9

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

D: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 10

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Actitud ante las personas portadoras de VIH/SIDA	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Rechazaría a alguien que tenga VIH/SIDA	87	24.4	22	6.1	248	69.5
2) Lo trataría como una persona normal	237	66.4	44	12.3	76	21.3
3) Las personas con VIH/SIDA tienen el castigo que se merecen	164	46.0	17	4.7	176	49.3
4) Si fuera su pareja NO tendría relaciones sexuales con el o ella pero lo besaría	17	4.8	328	91.8	12	3.4
5) NO me pasa nada por estar en la misma aula con una persona con VIH/SIDA	306	85.7	17	4.8	34	9.5

Fuente: Encuesta

A: De acuerdo.

D: En duda.

DS: En desacuerdo

CUADRO N° 11

Prácticas de riesgo en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Prácticas de Riesgo	SI		NO	
	N°	%	N°	%
1. ¿Has utilizado algún tipo de droga inyectada?	5	1.5	352	98.5
2. ¿Tienes tatuajes?	156	43.7	201	56.3
3 ¿Prácticas la fidelidad?	139	38.9	218	61.1
4. ¿Acostumbras a portar siempre un condón en tu billetera o mochila?	63	17.6	294	82.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 A

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

¿Has tenido relaciones sexuales?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	138	38.6	219	61.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 B

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 138

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°	%
	3	2.2	6	4.3	111	80.4	14	10.2	4	2.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 C

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 138

Uso del condón en las relaciones sexuales	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
	26	18.8	94	68.1	18	13.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 D

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 138

¿Tenés relaciones sexuales con otra persona, además de tu pareja?	SI		NO	
	N°	%	N°	%
	72	52.2	66	47.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 12 E

Prácticas sexuales en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 138

¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?	Una		Dos		Tres a mas	
	N°	%	N°	%	N°	%
	35	25.3	78	56.5	25	18.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 13

Medios masivos de información sobre VIH/SIDA que utilizan los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Fuentes de información (*)	N°	%
T.V.	348	97.4
Internet	215	60.2
Revistas y/o Brochures	289	80.9
Radio	246	68.9
Libros	115	32.2

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 Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Personas con quien has hablado de VIH/SIDA(*)	N°	%
Amigos	304	85.1
Novio (a)	296	82.9
Maestros	217	60.7
Médicos	149	41.7
Hermanos	169	47.3
Madre	321	89.9
Padre	324	90.7
Sacerdotes	15	4.2
Esposo (a)	19	5.4

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 Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Lugares donde han escuchado hablar sobre VIH/SIDA(*)	N°	%
Escuela	277	77.5
Calle	289	80.9
Iglesias	108	30.2
Casa	276	77.3
Unidades de salud	301	84.3
Bares	32	8.9

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 Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	242	67.8
Regular	84	23.5
Malo	31	8.7

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Nivel de actitud sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Nivel de Actitud	N°	%
Favorable	264	73.9
Desfavorable	93	26.1

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18

Nivel de práctica sobre VIH/SIDA en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Nivel de Práctica	N°	%
Buena	39	11.0
Regular	65	18.1
Mala	253	70.9

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 19

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n=357

Nivel de conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	N°	%	N°	%
Bueno	178	73.6	64	26.4
Regular	62	73.8	22	26.2
Malo	24	77.4	7	22.6

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 20

Nivel de conocimiento versus nivel de práctica en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

Nivel de conocimiento	Nivel de Práctica					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	18	7.4	43	17.8	181	74.8
Regular	10	12.0	18	21.4	56	66.6
Malo	11	35.4	4	13.0	16	51.6

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 21

Características Socio Demográficas versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n= 357

NIVEL DE CONOCIMIENTOS						
Características Sociodemográficas	BUENO		REGULAR		MALO	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
14-16 años	133	69.3	47	24.5	12	6.2
17-19 años	109	66.1	37	22.4	19	11.5
Sexo						
Masculino	118	69.0	36	21.0	17	10.0
Femenino	124	66.7	48	25.8	14	7.5
Estado civil						
Soltero (a)	226	73.4	75	24.3	7	2.3
Acompañado (a)	9	30.0	7	23.3	14	46.7
Casado (a)	7	36.8	2	10.5	10	52.7
Religión						
Católica	112	82.3	17	12.5	7	5.2
Evangélica	108	63.2	57	33.3	6	3.5
Otras	22	44.0	10	20.0	18	36.0
Escolaridad						
4° año	141	64.7	56	25.7	21	9.6
5° año	101	72.7	28	20.1	10	7.2

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 22

Características Socio Demográficas versus Nivel de Actitud en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

n=357

Características Sociodemográficas	NIVEL DE ACTITUD			
	FAVORABLE		DESFAVORABLE	
Edad	N°	%	N°	%
14-16 años	118	61.5	74	38.5
17-19 años	146	88.5	19	11.5
Sexo				
Masculino	152	88.9	19	11.1
Femenino	112	60.2	74	39.8
Estado civil				
Soltero (a)	245	79.5	63	20.5
Acompañado (a)	12	40.0	18	60.0
Casado (a)	7	36.8	12	63.2
Religión				
Católica	83	61.0	53	39.0
Evangélica	143	83.6	28	16.4
Otras	38	76.0	12	24.0
Escolaridad				
4° año	142	65.1	76	34.9
5° año	122	87.8	17	12.2

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 23.

Características Socio Demográficas versus nivel de Práctica en los Adolescentes del 4° Y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015

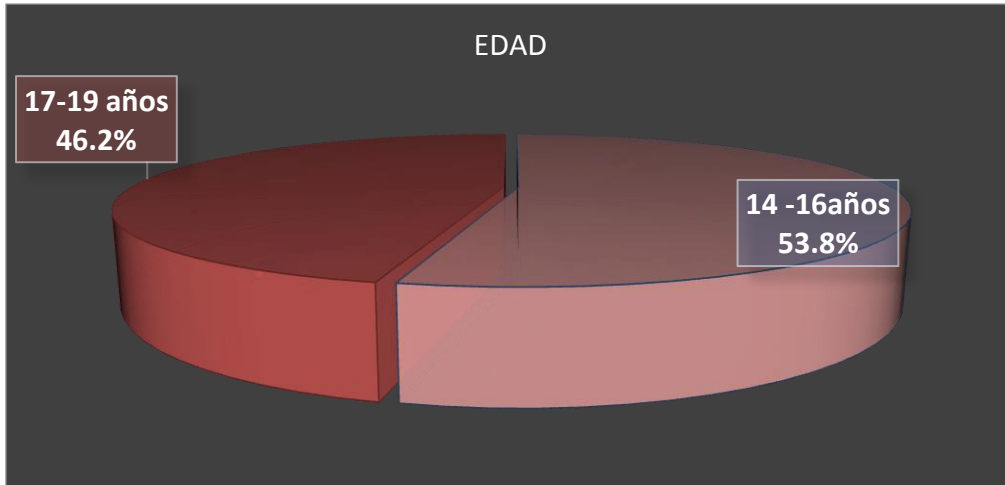
n= 357

NIVEL DE PRACTICA						
Características Sociodemográficas	BUENA		REGULAR		MALA	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
14-16 años	18	9.4	45	23.4	129	67.2
17-19 años	21	12.7	20	12.1	124	75.2
Sexo						
Masculino	16	9.4	23	13.4	132	77.2
Femenino	23	12.3	42	22.6	121	65.1
Estado civil						
Soltero (a)	28	9.1	54	17.5	226	73.4
Acompañado (a)	6	20.0	4	13.3	20	66.7
Casado (a)	5	26.4	7	36.8	7	36.8
Religión						
Católica	22	16.2	25	18.3	89	65.5
Evangélica	9	5.3	10	5.8	152	88.9
Otras	8	16.0	30	60.0	12	24.0
Escolaridad						
4° año	31	14.2	51	23.4	136	62.4
5° año	8	5.8	14	10.0	117	84.2

Fuente: Encuesta

GRÁFICO N° 1

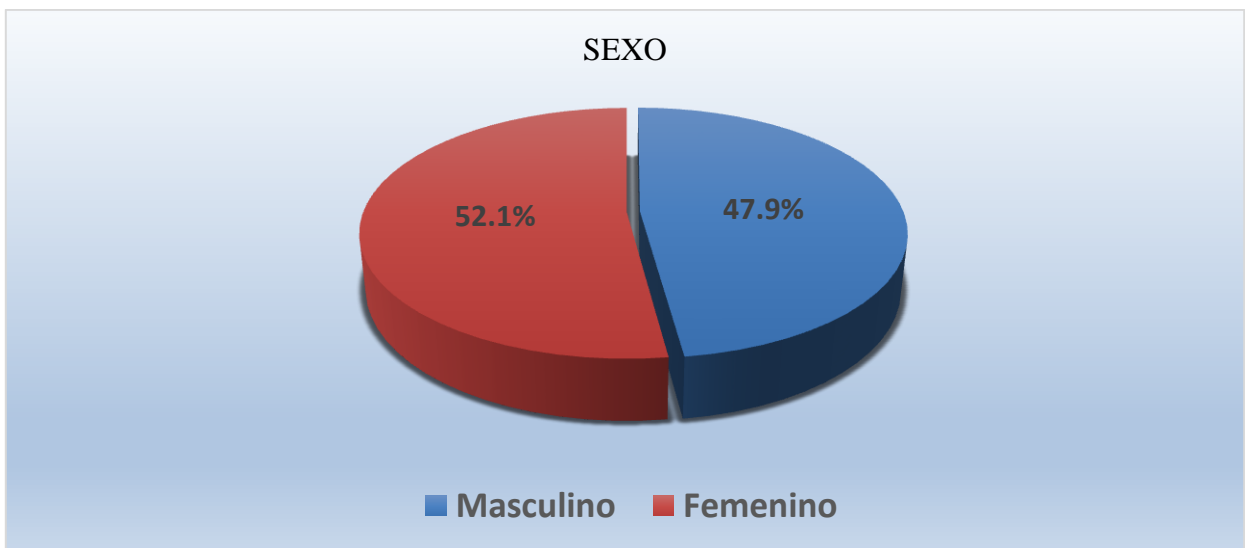
Edad de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público
14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua,
1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 1

GRÁFICO N° 2

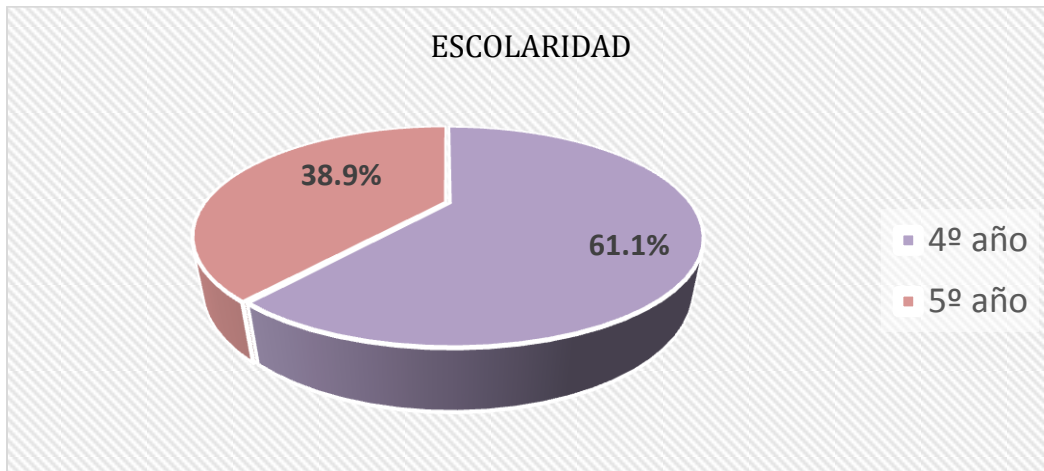
Sexo de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público
14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua,
1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 1

GRÁFICO N° 3

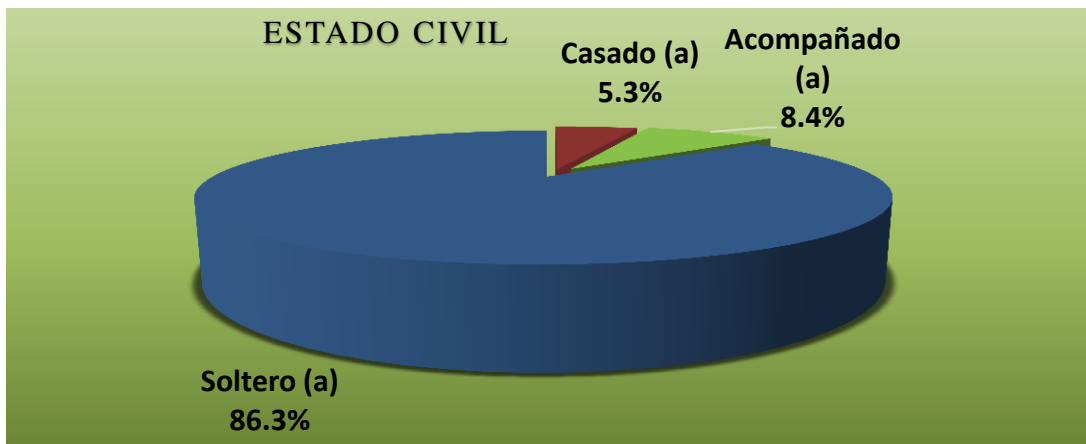
Nivel de Escolaridad de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 1

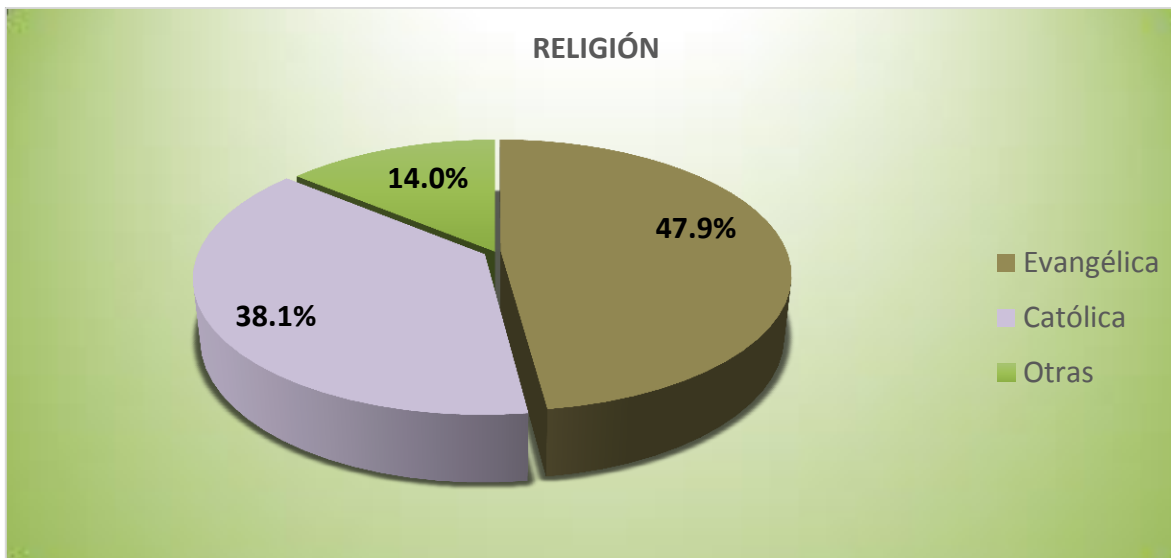
GRÁFICO N° 4

Estado Civil de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



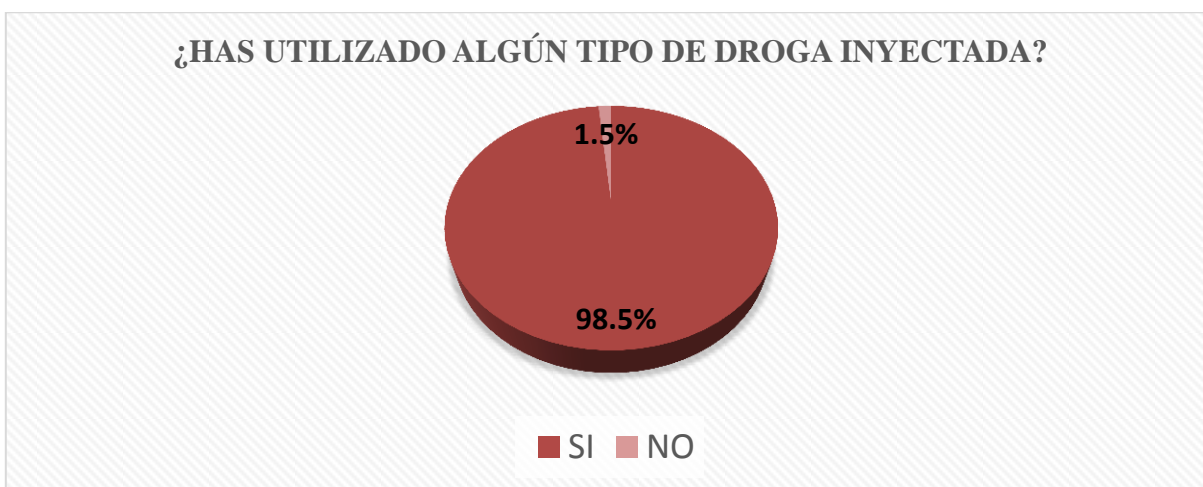
Fuente: Cuadro N° 1

GRÁFICO N° 5
 Religión de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público
 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua,
 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 1

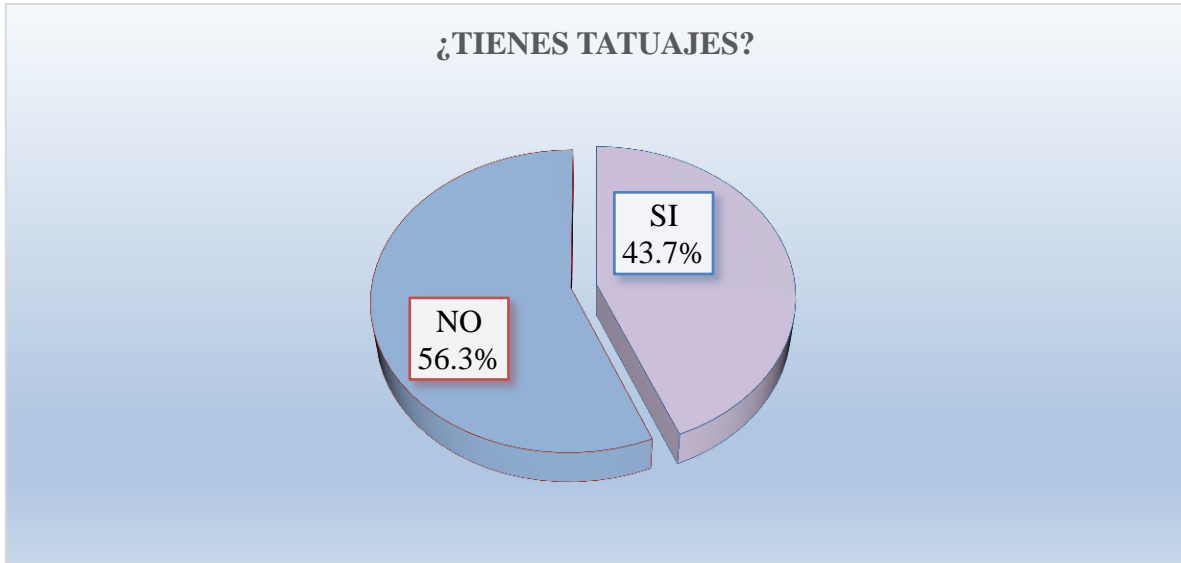
GRÁFICO N° 6
 Uso de drogas Inyectadas por parte de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria
 del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de
 Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 11A

GRÁFICO N° 7

Presencia de Tatuajes en los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 11B

GRÁFICO N° 8

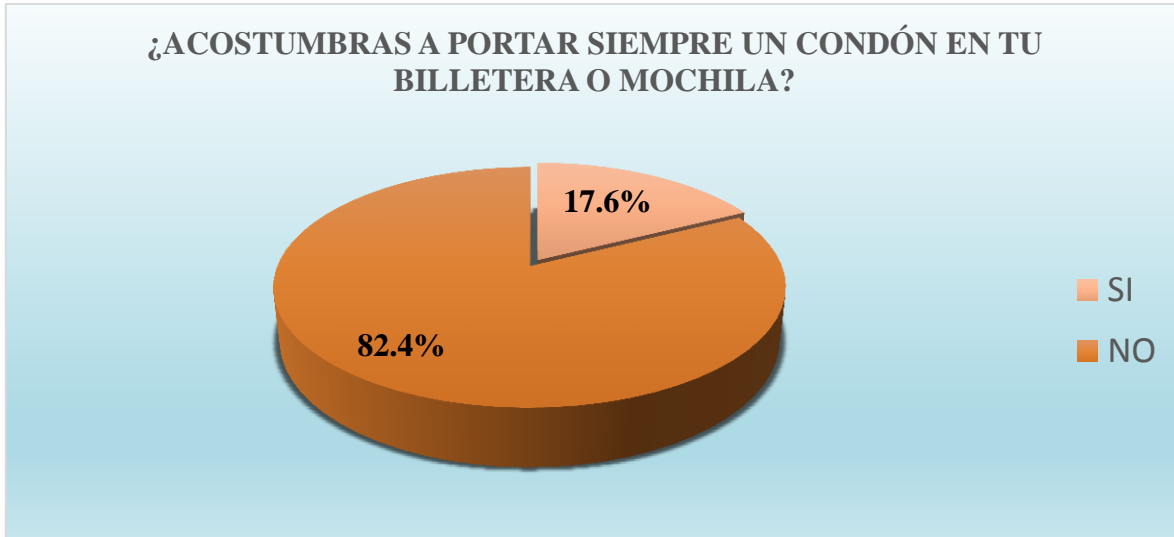
Prácticas de Riesgo por parte de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 11C

GRÁFICO N° 9

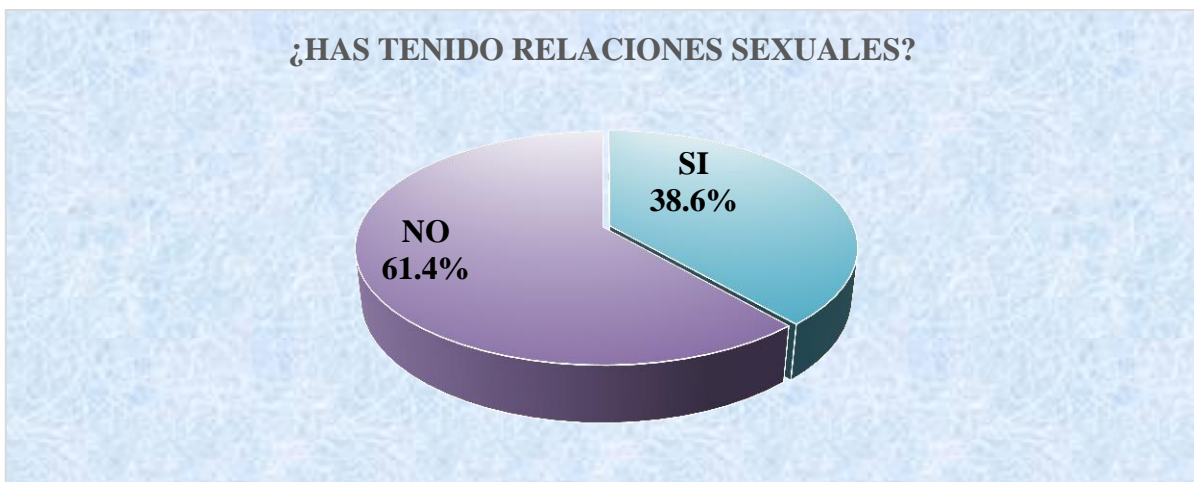
Prácticas de Riesgo por parte de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 11D

GRÁFICO N° 10

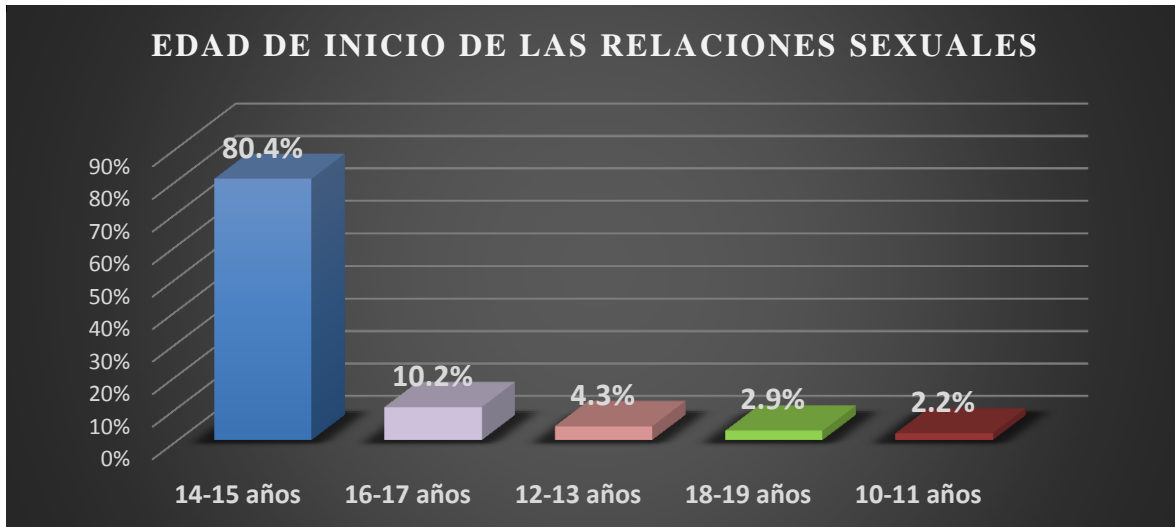
Antecedentes de Relaciones Sexuales en los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 12A

GRÁFICO N° 11

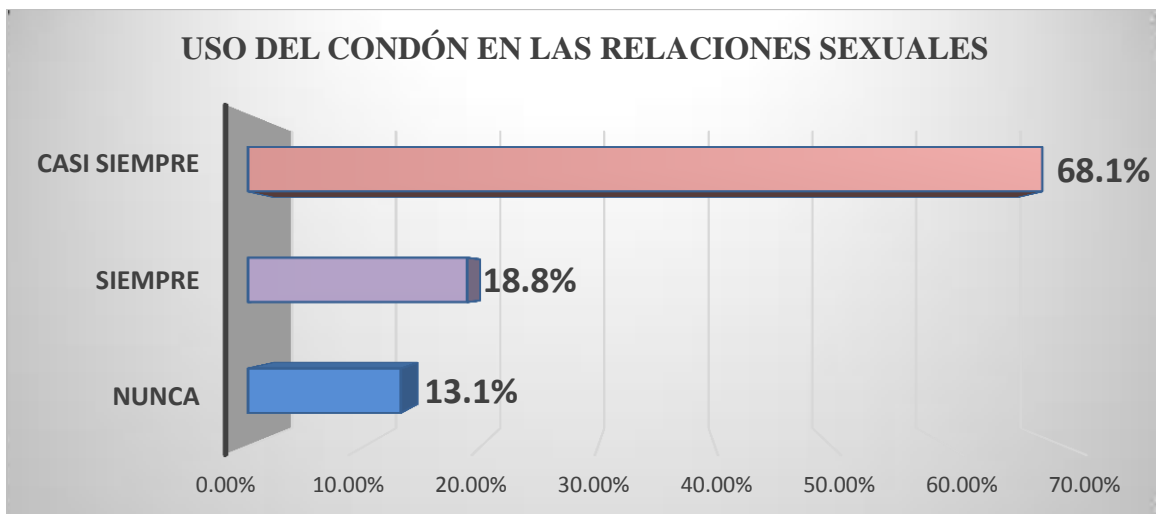
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa en los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 12B

GRÁFICO N° 12

Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 12C

GRÁFICO N° 13

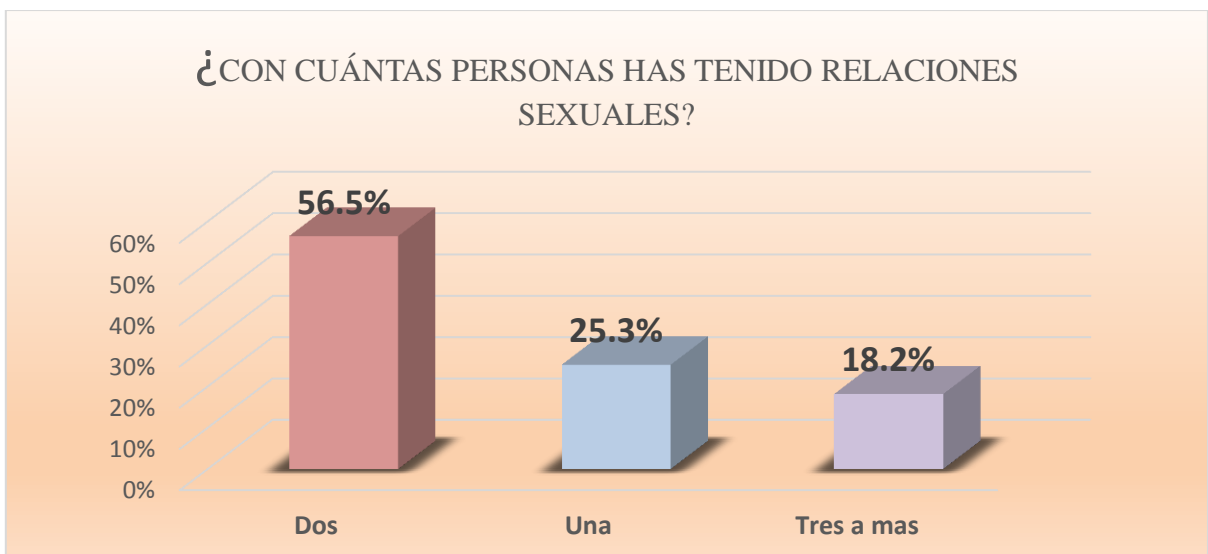
Antecedentes de Relaciones Sexuales con otra persona a parte de la pareja en los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 12D

GRÁFICO N° 14

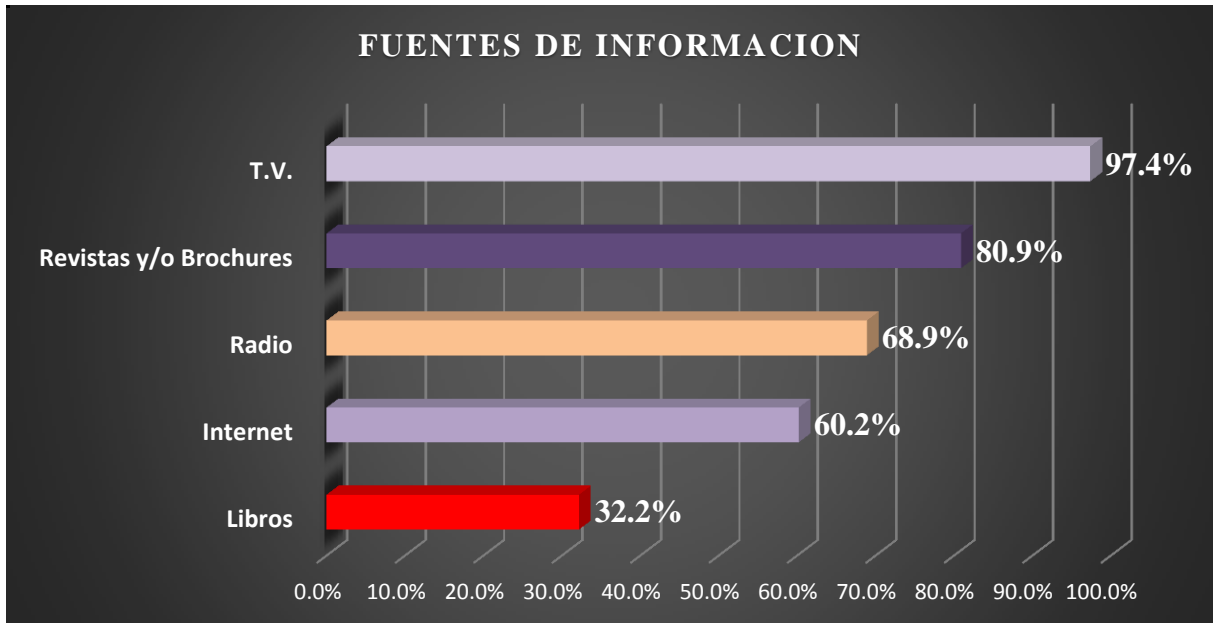
Número de Personas con las que han tenido Relaciones Sexuales los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 12E

GRÁFICO N° 15

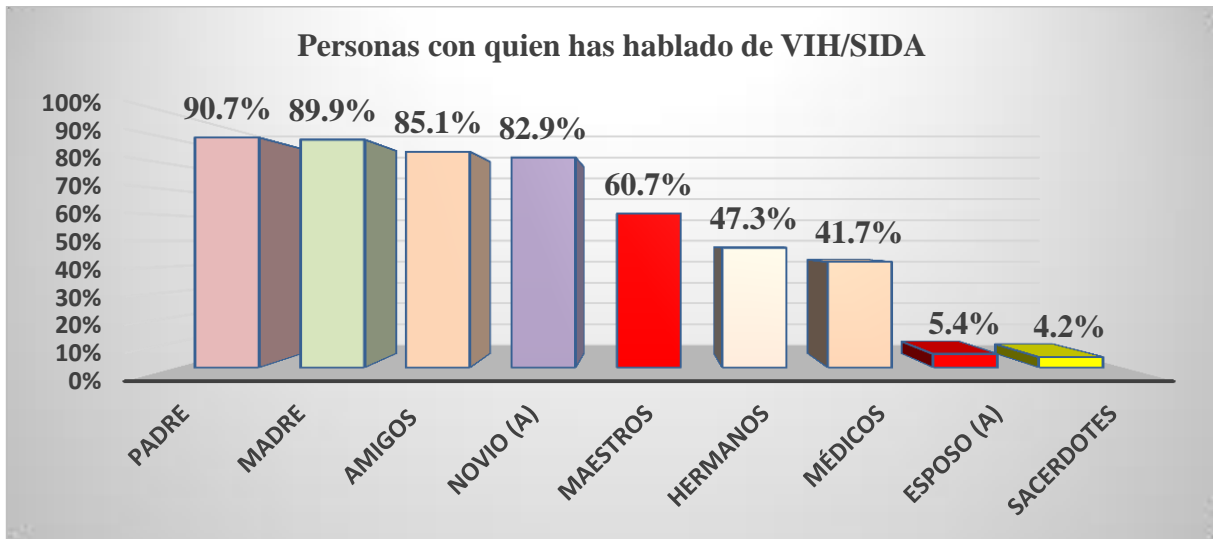
Fuentes de Información sobre el VIH-SIDA, de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 13

GRÁFICO N° 16

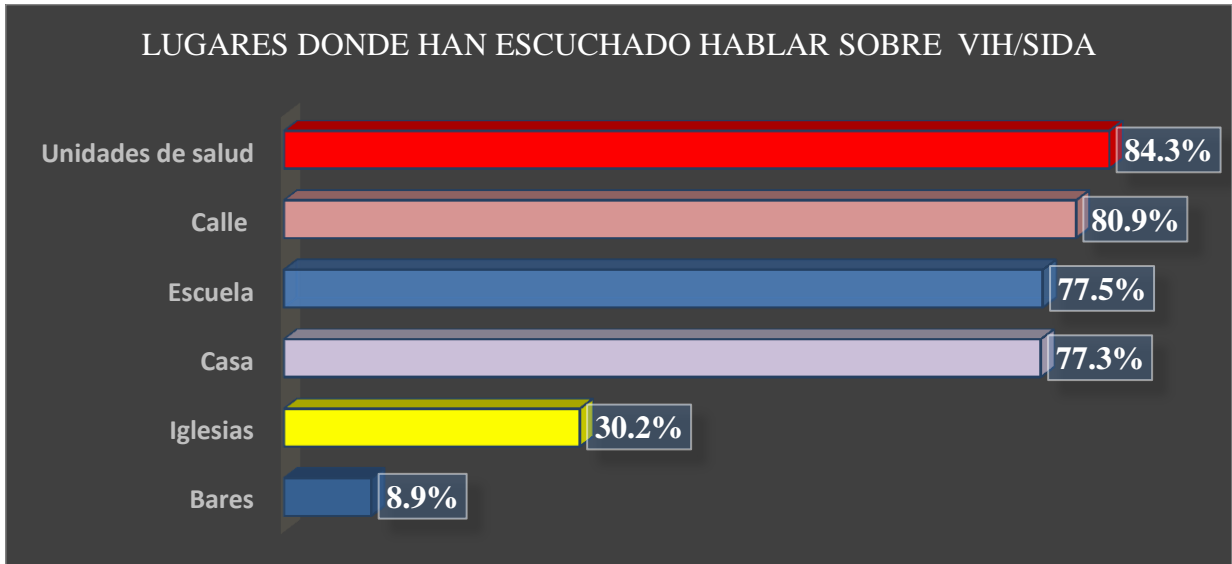
Personas con las que conversan sobre de VIH-SIDA, los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 14

GRÁFICO N° 17

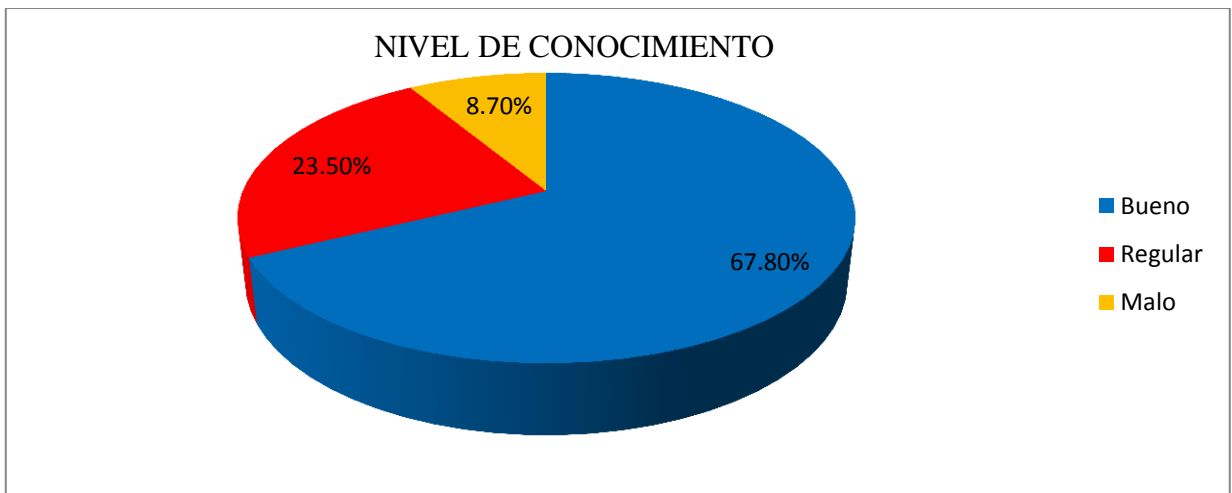
Lugar donde has recibido Información sobre de VIH-SIDA, los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 15

GRÁFICO N° 18

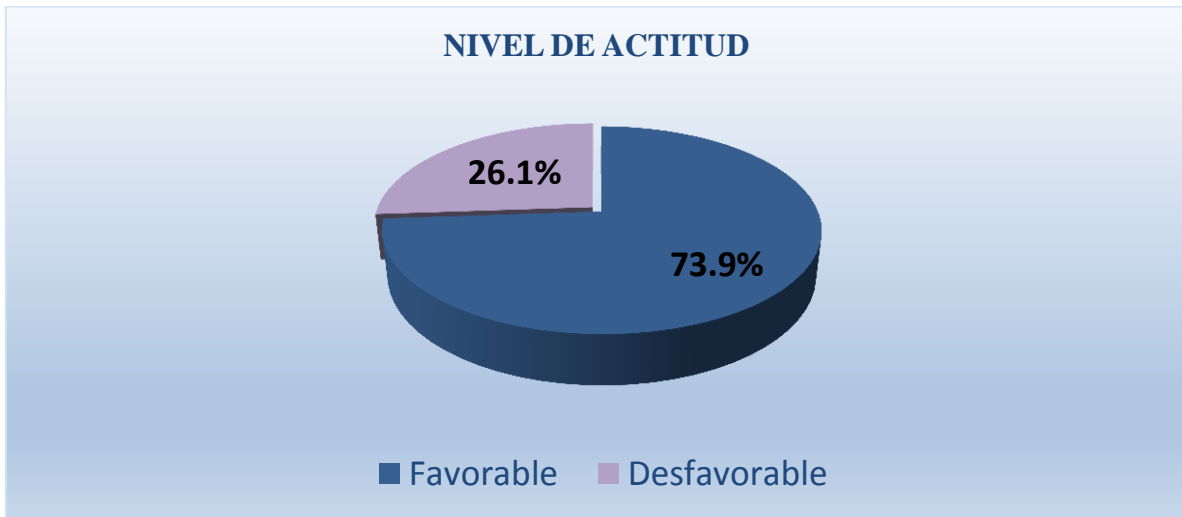
Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 16

GRÁFICO N° 19

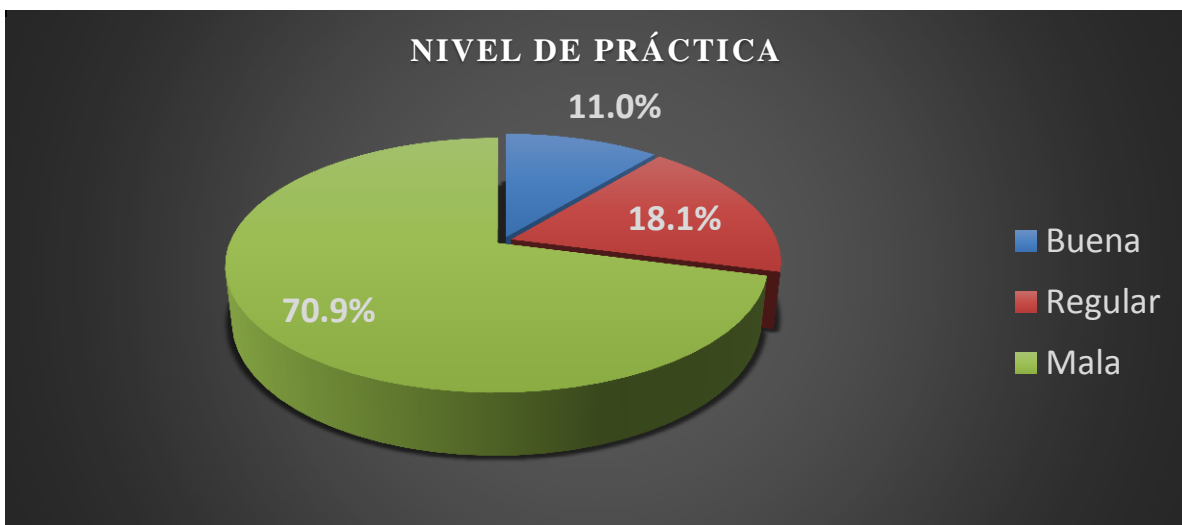
Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 17

GRÁFICO N° 20

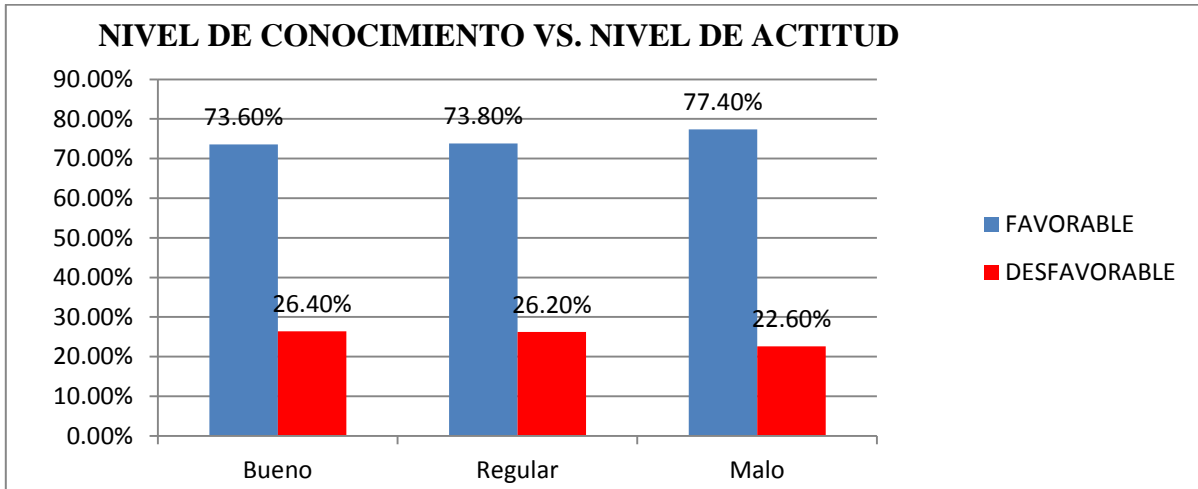
Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 18

GRÁFICO N° 21

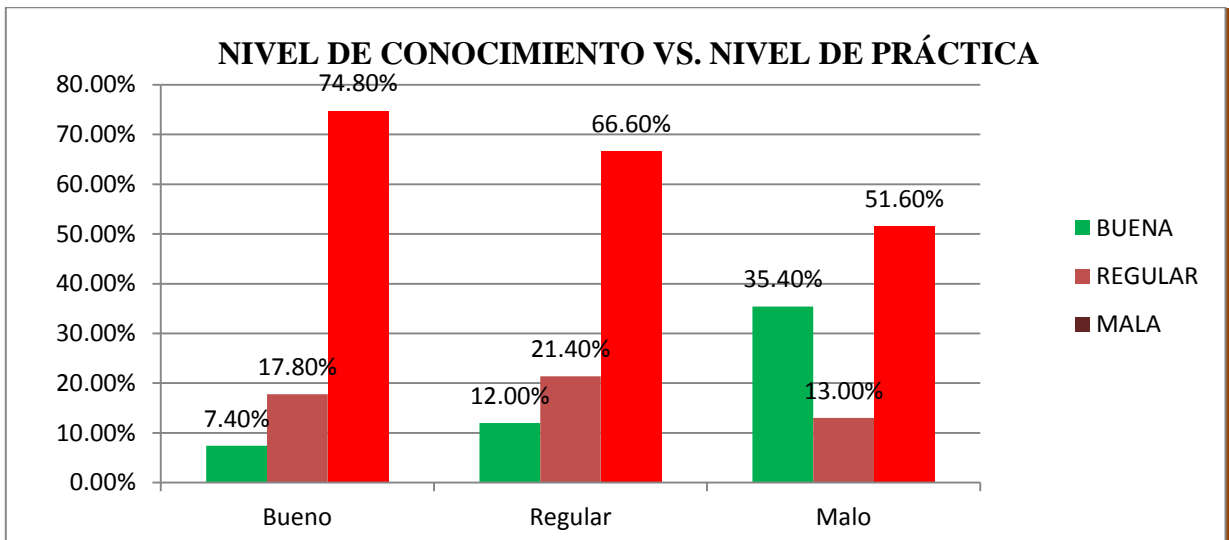
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 19

GRÁFICO N° 22

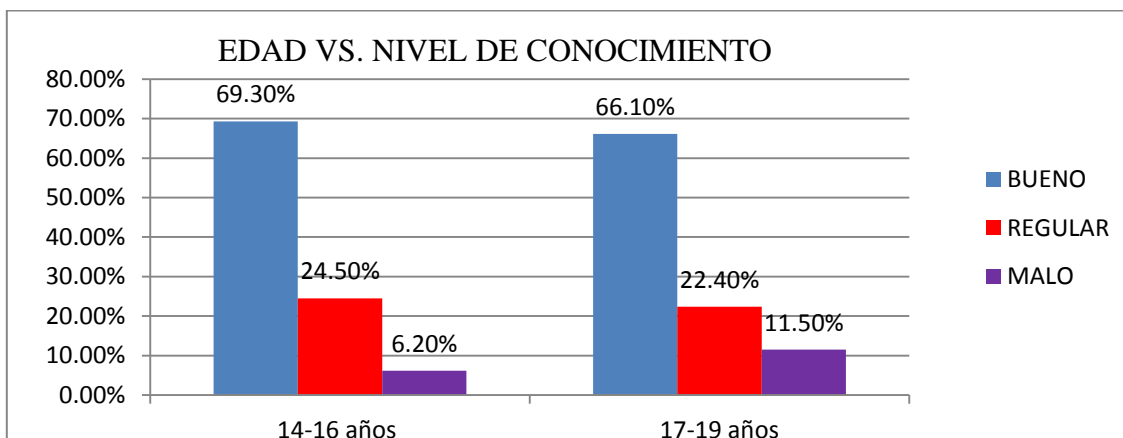
Nivel de Conocimiento vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° de Secundaria del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 20

GRAFICO N° 23

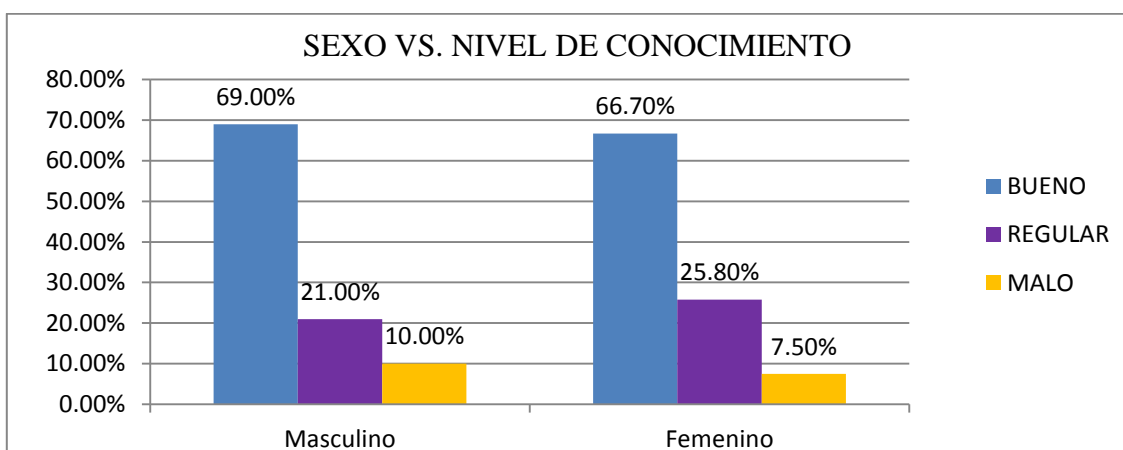
Edad versus Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 24

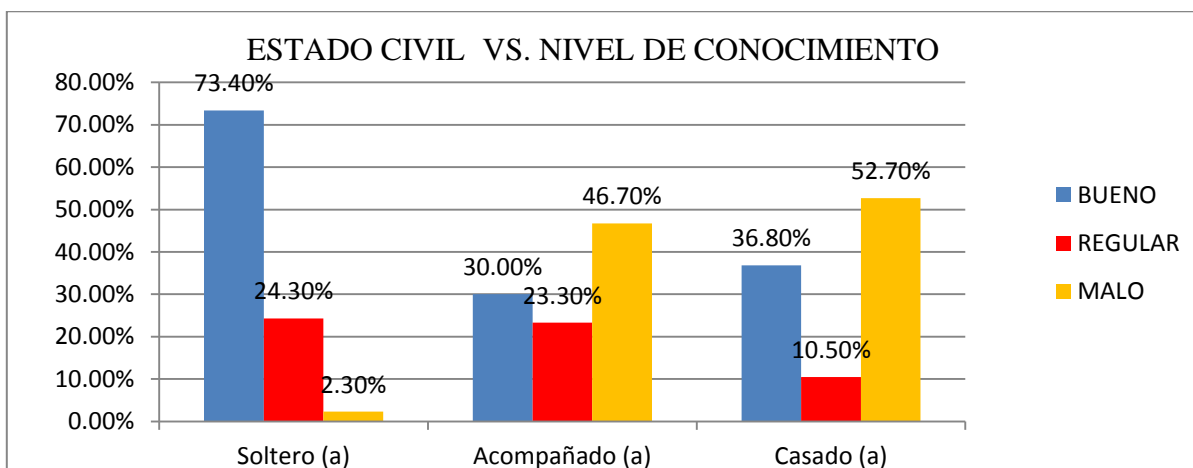
Sexo versus Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 25

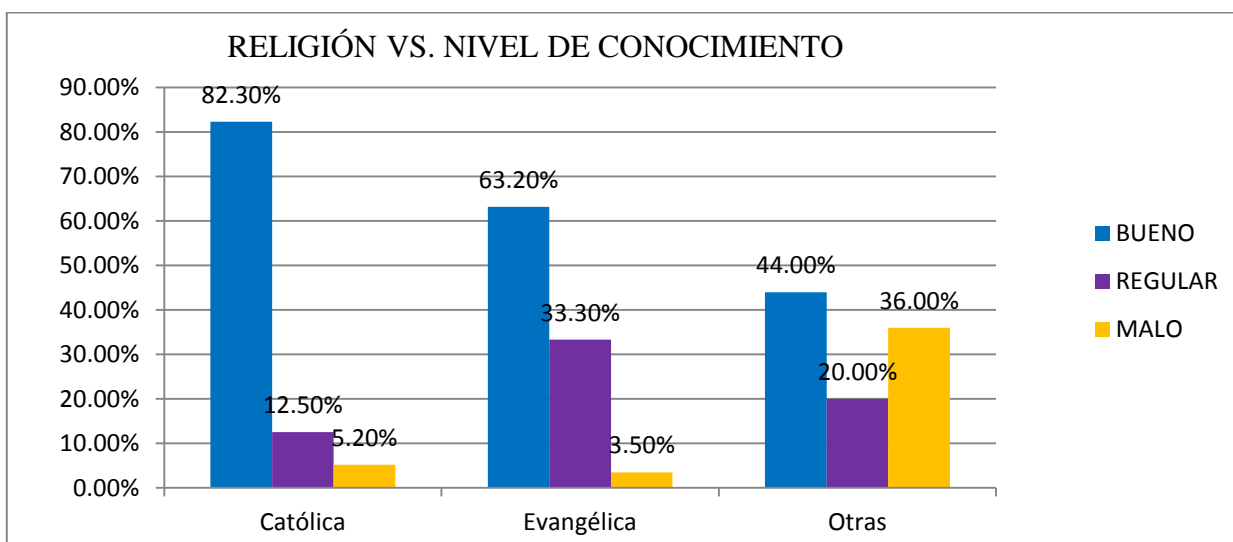
Estado Civil versus Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 26

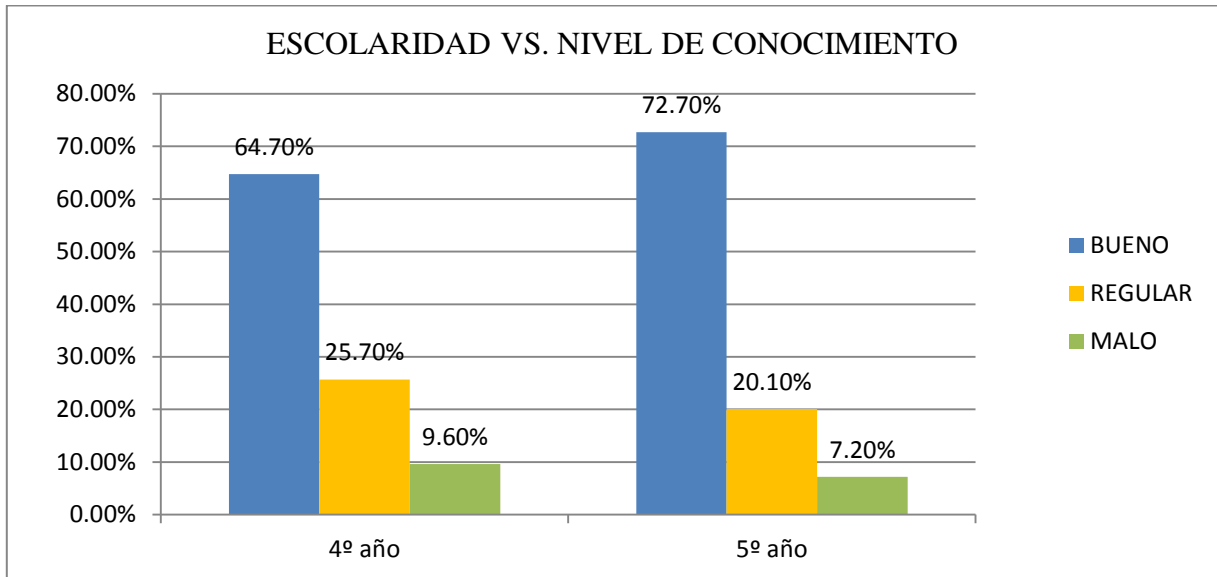
Religión versus Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 27

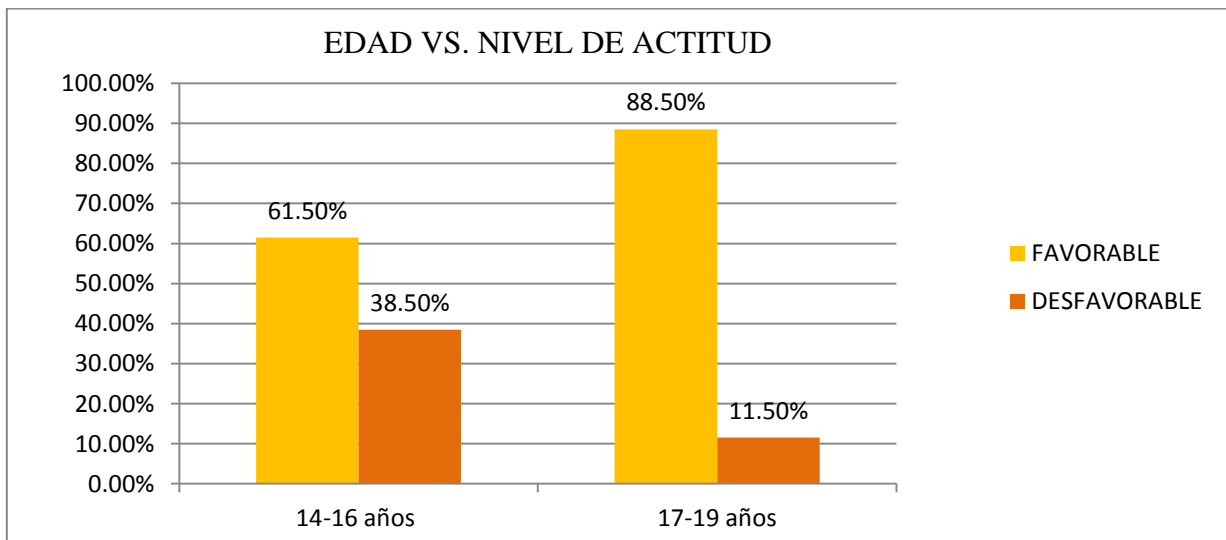
Escolaridad versus Nivel de Conocimiento de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 21

GRAFICO N° 28

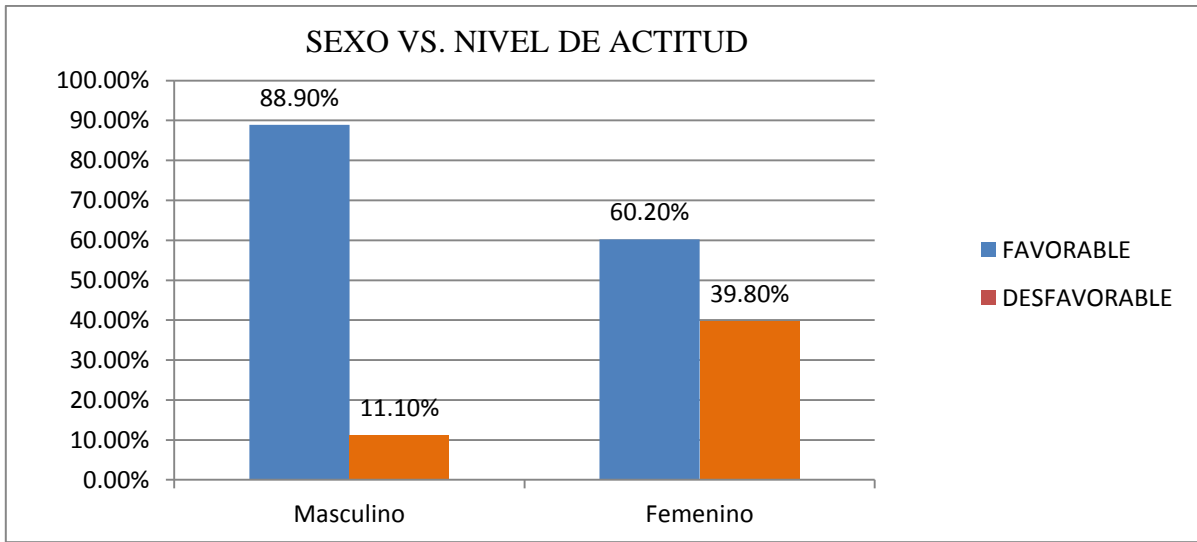
Edad vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 22

GRAFICO N° 29

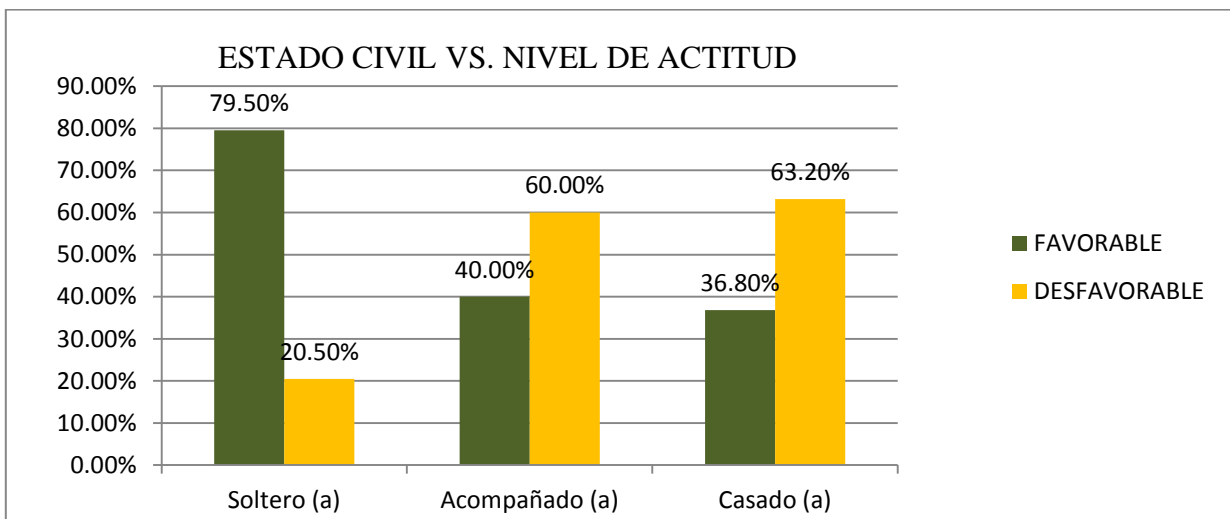
Sexo vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 22

GRAFICO N° 30

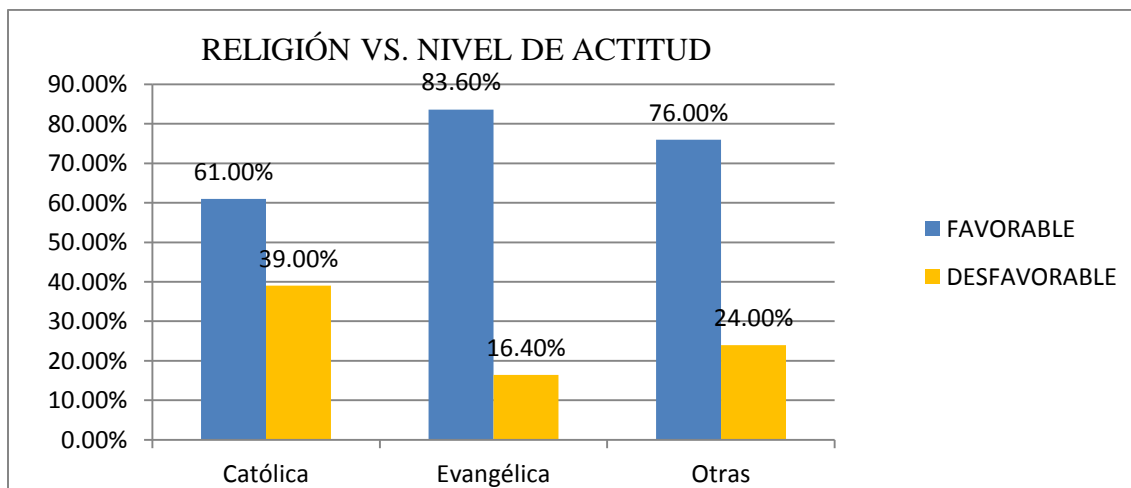
Estado Civil vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro 22

GRAFICO N° 31

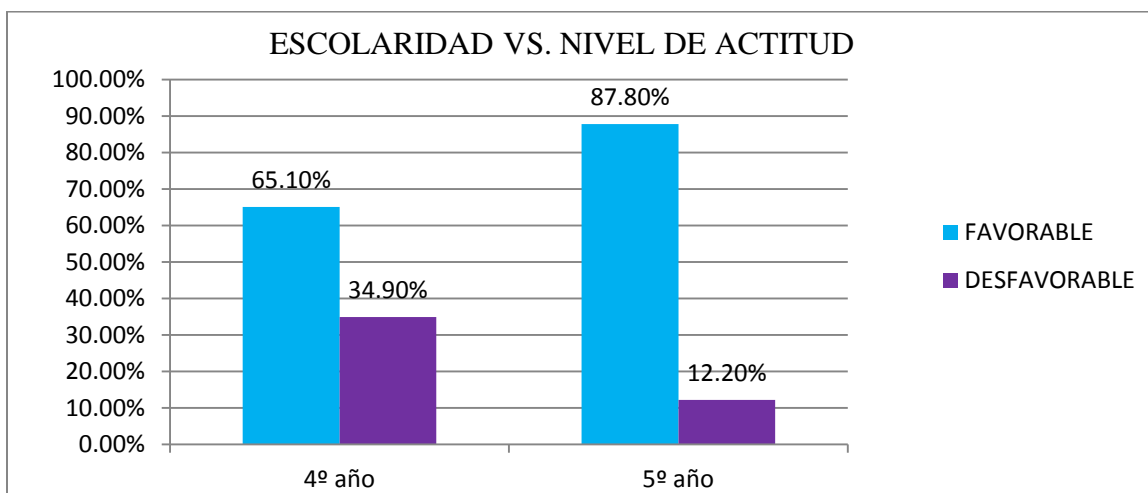
Religión vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 22

GRAFICO N° 32

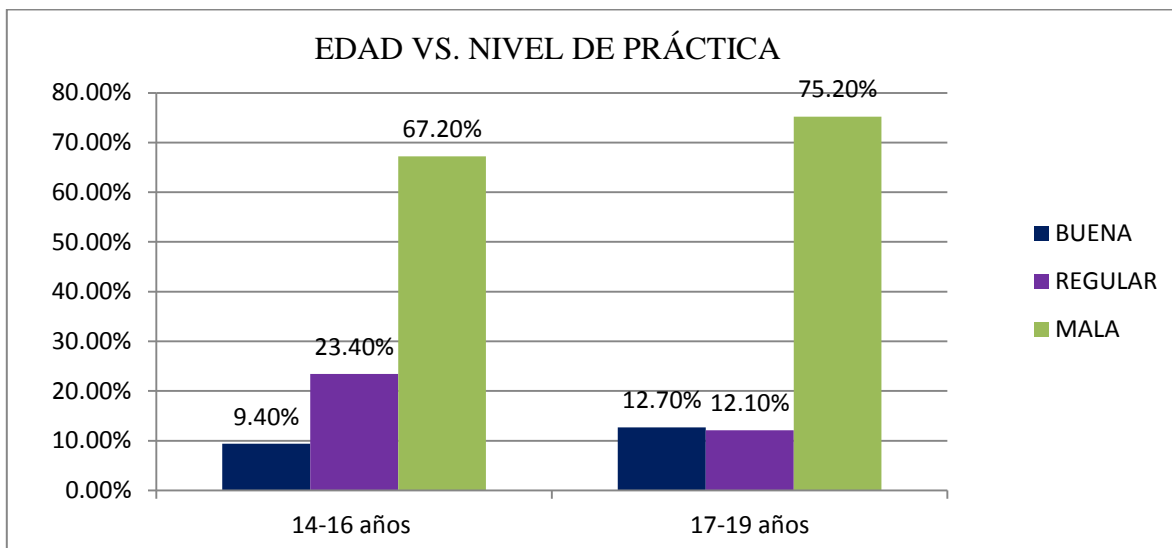
Escolaridad vs. Nivel de Actitud de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 22

GRAFICO N° 33

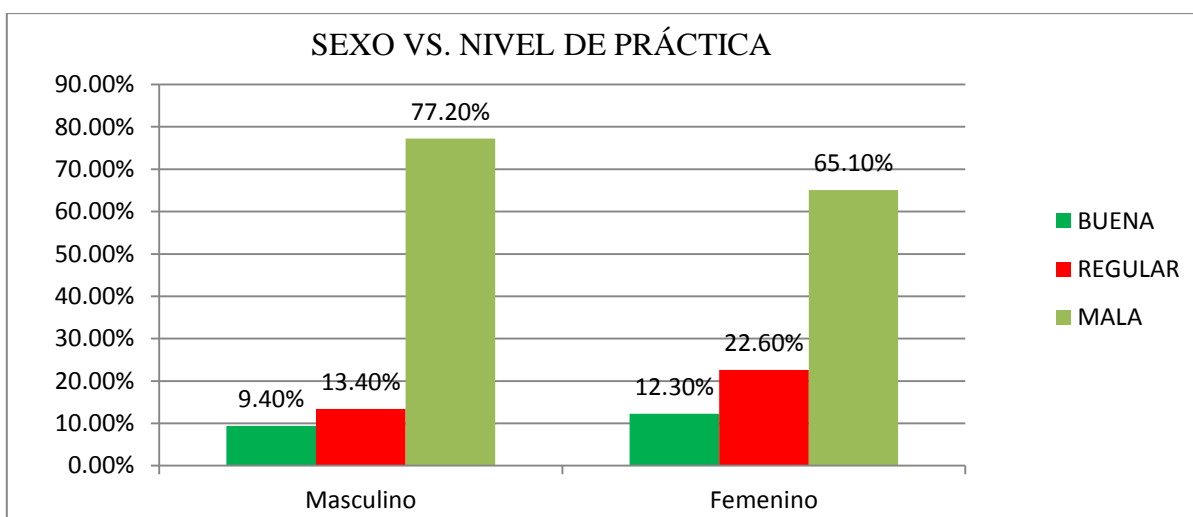
Edad vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 23

GRAFICO N° 34

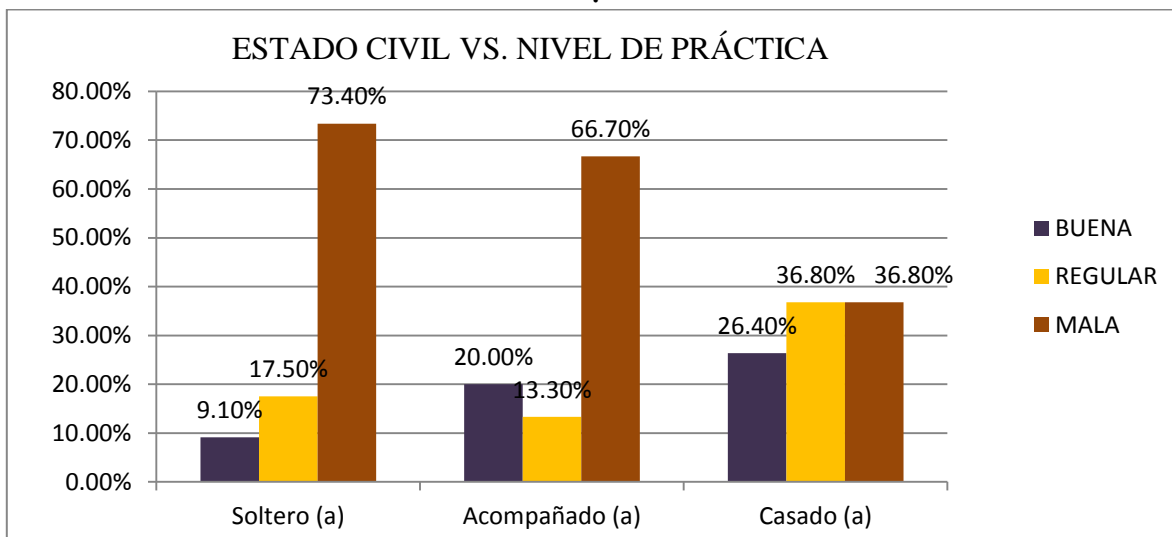
Sexo vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 23

GRAFICO N° 35

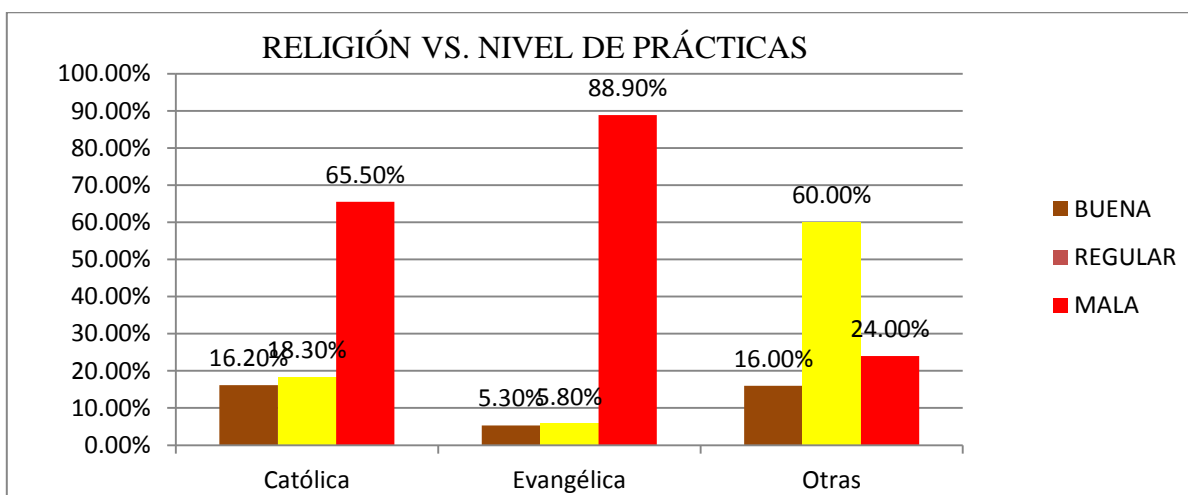
Estado Civil vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 23

GRAFICO N° 36

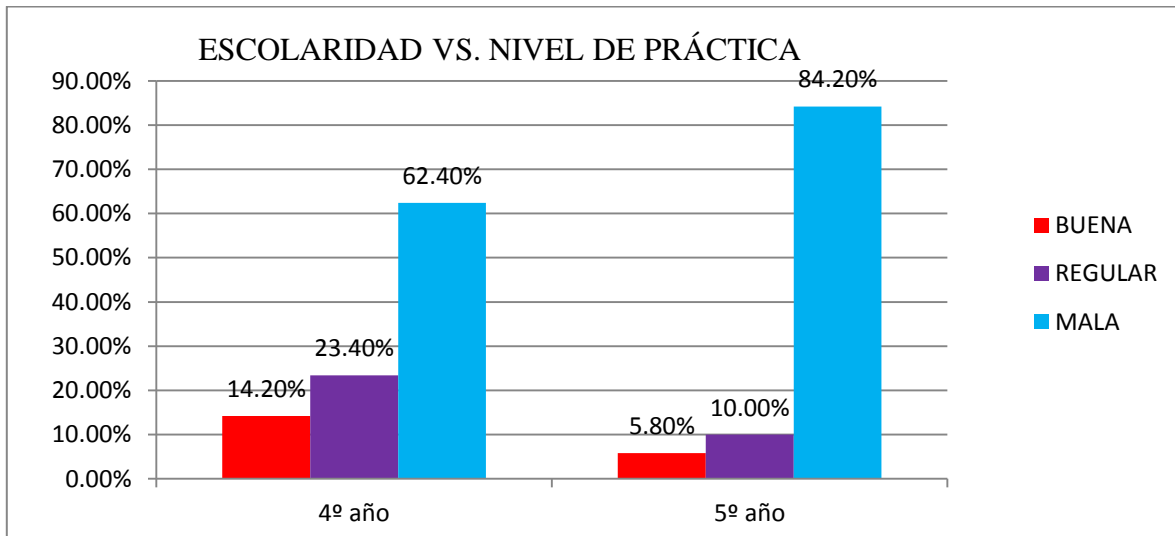
Religión vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público 14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua, 1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 23

GRAFICO N° 37

Escolaridad vs. Nivel de Práctica de los Adolescentes del 4° y 5° Año del Instituto Público
14 de Septiembre, Municipio de Managua, Departamento de Managua,
1° de Septiembre al 30 de Noviembre de 2015



Fuente: Cuadro N° 23